ISSN 1415-2762

remE

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

VOLUME 14 . NÚMERO 4 . OUT/DEZ DE 2010

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira
Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena
Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Cristina de Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros
Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes
Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat
Université de Lausanne – Suiça

Anézia Moreira Faria Madeira
Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Scochi
Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclê Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta
Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool
University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos
Universit of Califórnia, San Fransico – USA

remE
Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes
Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga
Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer
Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago
Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler
University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón
Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Larcher Caliri
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal de Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli
Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Maria Imaculada de Fátima Freitas – Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

José Vitor da Silva
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Girlene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:
BDENF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Espanhol
LATINDEX – Fundación Index
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO/Bireme - OPAS/OMS
LATINDEX - Sistema Regional de Información en Linea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espanã y Portugal

Formato eletrônico disponível em:
www.enfermagem.ufmg.br
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica
Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Editoração
Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)

Impressão
Editora e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica
Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite CRB/6-601
Jordana Rabelo Soares CRB/6-2245

Revisão de texto
Maria de Lourdes Costa de Queiroz (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Mariana Ybarra (Inglês)

Secretaria Geral
Mariene Luiza Lopes Pereira – Secretária
Gabriela de Cássia C. Rolim de Britto – Bolsista da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP)

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem – Av. Alfredo Balena, 190 – Sala 104, Bloco Norte – Belo Horizonte - MG
Brasil – CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Assinatura
Secretaria Geral – Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Cientíicos

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos. I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

Sumário

457 **Editorial**

EDUCAÇÃO E SAÚDE
Maria Imaculada de Fátima Freitas

459 **Pesquisas**

459 **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA INFUSÃO CONTÍNUA DE CATECOLAMINAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

ASSESSMENT OF NURSES' KNOWLEDGE ABOUT THE IMPORTANCE OF CONTINUOUS INFUSION OF CATECHOLAMINES IN INTENSIVE CARE UNIT

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA INFUSIÓN CONTINUA DE CATECOLAMINAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Patrícia Chagas Rocha
Maria Aparecida Chagas Rocha
Ítalo Rigoberto C Andrade
Maria Lurdemiler Sabóia Mota

465 **FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS**

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AMONG TEACHERS AT A MINAS GERAIS PUBLIC UNIVERSITY

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE LOS PROFESORES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE MINAS GERAIS

Fabiene dos Anjos Xavier
Leidiane Figueiredo Barboza
Ananda Márcia Pereira Monteiro
Luana Caroline dos Santos
Dirce Ribeiro de Oliveira

473 **A ENFERMAGEM DIANTE DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DAS DISLIPIDEMIAS**

NURSING AND THE USE OF MEDICINAL PLANTS AS A COMPLEMENTARY TREATMENT TO SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND DYSLIPIDEMIAS

LA ENFERMERIA Y EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y DISLIPIDEMIAS

Andrieli Daiane Zdanski de Souza
Natália Rosiely Costa Vargas
Teila Ceolin
Rita Maria Heck
Rafael Haeffner
Carmem Rosane da Silva Viegas

479 **A CONTRIBUIÇAO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR: UM ENFOQUE SOBRE O ABSENTEÍSMO**

THE CONTRIBUTION OF AN INFORMATION SYSTEM TO HEALTH SURVEILLANCE AT WORK: A FOCUS ON ABSENTEEISM

LA CONTRIBUICIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: UN ENFOQUE SOBRE EL AUSENTISMO

Samantha Reikdal Oliniski
Leila Maria Mansano Sarquis

490 **A ARTICULAÇÃO DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS COMUNIDADES LOCAIS**

ARTICULATION OF WORKERS IN FAMILY HEALTH AND THE LOCAL COMMUNITIES

ARTICULACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA Y DE LAS COMUNIDADES LOCALES

Sibele da Rocha Martins
Marta Regina Cezar-Vaz

499 **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

FAMILY HEALTH CARE STRATEGY: ASSISTENCE QUALITY UNDER THE USER'S SATISFACTION PERSPECTIVE

ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Simone Maria Silva Santos
Vânia Aparecida da Costa Oliveira
Raquel Aparecida de Castro Oliveira
Eliete Albano de Azevedo Guimarães

509 **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA À GESTANTE DIABÉTICA: PERFIL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

SYSTEMATIC ASSISTANCE PROGRAM DURING DIABETIC PREGNANCY: PROFILE OF WOMEN ATTENDED IN A UNIVERSITY HOSPITAL FROM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

PROGRAMA DE ASISTENCIA SISTEMATIZADA A EMBARAZADAS DIABÉTICAS: PERFIL DE MUJERES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Sônia Maria Soares
Ivone Maria Martins Salomon
Dinamara Barreto dos Santos
Elaine Belém Figueiredo

515 **AVALIAÇÃO DE UM CUIDADO DE ENFERMAGEM: O CURATIVO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NO RECÉM-NASCIDO**

NURSING CARE EVALUATION: PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER DRESSINGS IN NEWBORNS

EVALUACIÓN DE UN CUIDADO DE ENFERMERÍA: EL VENDAJE DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL RECIÉN NACIDO

Derdried Athanasio Johann
Mitzy Tannia Reichembach Danski
Edivane Pedrolo
Luciana Souza Marques De Lazzari
Priscila Mingorance

521 **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TÉTANO ACIDENTAL NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL – 2001-2006**

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ACCIDENTAL TETANUS INFECTION IN THE METROPOLITAN REGION OF BELO HORIZONTE, STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL – 2001-2006

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TÉTANOS ACCIDENTAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL – 2001-2006

Lúcio José Vieira
Gislene Pace de Souza Santos

529 **JOVENS DE UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS EM REGIME DE SEMILIBERDADE DA FUNASE, RECIFE-PE: VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS**

YOUNG OFFENDERS SERVING A SEMI OPEN SENTENCE AT A SOCIO EDUCATIONAL FACILITY (FUNASE) IN RECIFE-PE: THEIR EXPERIENCES AND EXPECTATIONS

JÓVENES DE INSTITUCIONES SOCIOEDUCATIVAS (FUNASE) EN RÉGIMEN DE SEMI-LIBERTAD, RECIFE-PE: SUS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS

Waldemar Brandão Neto
Camila Lima Brady
Roberta Biondi Nery de Freitas
Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Jael Maria de Aquino

539 **VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: DIMENSÕES APREENDIDAS NAS FALAS DE PROFESSORAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL E A ARTICULAÇÃO COM O SETOR SAÚDE**

VIOLENCE AGAINST CHILDREN: ASPECTS APPREHENDED VIA THE ELEMENTARY SCHOOL TEACHERS DISCOURSE AND THE COORDINATION WITH THE HEALTHCARE SECTOR

VIOLENCIA CONTRA NIÑOS: DIMENSIONES CAPTADAS EN LAS PALABRAS DE PROFESORES DE EDUCACIÓN INFANTIL Y LA ARTICULACIÓN CON EL SECTOR DE SALUD

Marta Cocco
Ethel Bastos da Silva
Cristiane Moraes da Silva
Alice do Carmo Jahn

548 **FATORES RELACIONADOS À SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM**

FACTORS RELATED TO PREMENSTRUAL SYNDROME IN NURSING STUDENTS

FACTORES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Lia Wládia da Silva Sousa
Ana Kelve Castro Damasceno
Emeline Moura Lopes
Priscila de Souza Aquino

554 **TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR – UM ESTUDO SOBRE A RELEVÂNCIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS**

BIPOLAR DISORDER – A STUDY ABOUT ITS RELEVANCE IN THE MIDWEST AREA OF THE STATE OF MINAS GERAIS

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR – ESTUDIO SOBRE SU RELEVANCIA EN LA REGIÓN CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Richardson Miranda Machado
Josiana dos Santos Quadros
Lucinéia da Silva Severino
Raquel Natividade Santos
Sílvia Helena Azevedo

559 **SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: MOTIVAÇÃO E SIGNIFICADO**

BEING A COMMUNITY HEALTH AGENT: MOTIVATION AND MEANING

SER AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: MOTIVACIÓN Y SIGNIFICADO

Cássia Regina Fernandes Biffe Peres
Antonio Luiz Caldas Junior
Roseli Ferreira da Silva
Maria José Sanches Marin

566 **RISCO E PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE**

PRESSURE ULCERS RISK AND PREVALENCE IN AN ADMISSIONS UNIT IN A BELO HORIZONE TEACHING HOSPITAL

RIESGO Y PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELO HORIZONTE

Maria Cecília Moreira Sales
Eline Lima Borges
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso

577 **Revisão teórica**

577 **OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO-ACUPUNTURISTA AO PACIENTE COM ANGINA ESTÁVEL: UMA RELAÇÃO RUMO À INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

ACUPUNCTURIST NURSE CARE TO THE PATIENT WITH STABLE ANGINA: A RELATIONSHIP TOWARDS AN INTEGRAL CARE

CUIDADOS DEL ENFERMERO ACUPUNTOR AL PACIENTE CON ANGINA ESTABLE: UNA RELACIÓN HACIA LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN

Maria Patrícia Costa Villela
Maria Elizabeth Siqueira Lemos

587 **PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

ADOLESCENT TOBACCO SMOKING PREVENTION: A CHALLENGE FOR NURSES

PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA: UN DESAFÍO PARA LOS ENFERMEROS

Mirian Pereira Nepomuceno Giron
Denise Pereira de Souza
Ana Paula Lettiere Fulco

595 **Artigo reflexivo**

595 **A IMUNIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA**

HEALTH CARE PROFESSIONALS IMMUNIZATION: AN ESSENTIAL REFLECTION

INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL DEL CAMPO DE LA SALUD: UNA REFLEXIÓN NECESARIA

Silvana de Lima Vieira dos Santos
Sergiane Bisinoto Alves
Adenícia Custódia Silva e Sousa
Anaclara Ferreira Veiga Tipple
Katiane Martins Mendonça

603 **Normas de publicação**

605 **Publication norms**

607 **Normas de publicación**

A EDUCAÇÃO E A SAÚDE

A saúde coletiva representa parte fundamental daquilo que o país prioriza em suas políticas sociais, paralelamente ao setor da educação. O direito à saúde está presente na qualidade de vida dos cidadãos, desde a gestação e o nascimento à velhice, que é quando, espera-se, encerram-se os ciclos da vida.

De que morrem e adoecem as pessoas? Em quais contextos? O que é mais adequado para enfrentar as situações diversas considerando as diferenças regionais do Brasil? Essas são perguntas fundamentais do objeto de trabalho dos profissionais que trabalham nessa ampla área e que contribuem nas escolhas e decisões a serem tomadas pelo poder político e institucional, tanto no que se refere às ações de saúde como na educação, esta última vista no seu sentido mais abrangente: educação familiar, escolar, profissional, educação em saúde...

Nos últimos 25 anos pós-ditadura no Brasil, houve mudanças estruturais fundamentais no setor saúde que fortaleceram, sobretudo, a atenção primária à saúde (APS), paralelamente à reorganização da atenção dos diferentes níveis de complexidade.

Essa política significou a mais vasta tentativa de democratizar o acesso à saúde pela equidade na distribuição de recursos públicos, representando imenso desafio para a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, tanto pelas doenças e agravos transmissíveis e evitáveis como por aqueles de caráter crônico não transmissível (DANT), na finalidade maior de melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Esse desafio toma uma dimensão que abarca outros setores sociais além da saúde, pois sabe-se que a melhoria, explicitada na queda das taxas de morbimortalidade, depende, também, da situação econômica, política e social do País.

Tal política inclui, além do acesso aos serviços de saúde, a conscientização dos cidadãos para aderirem a modos de vida mais saudáveis e acesso à melhoria na qualidade da moradia, da alimentação, da educação e do lazer.

Para viver melhor, é preciso contar com a satisfação com o que se vive, o que se faz, o que se sonha, no dia a dia, e manter o desejo daquilo que se busca, além de ser referência particular ou geral do contexto compartilhado na sociedade. Uma condição básica para que as pessoas consigam viver saudáveis está, portanto, na capacidade de reflexão, de conhecimento e autoconhecimento, que geram o poder de decisão e de escolhas pertinentes. Ter saúde, nesse sentido, é sempre um processo inacabado, de enfrentamento dos riscos e adversidades, que se inicia antes mesmo que ocorram, com a promoção e a prevenção de agravos, como responsabilidade do Estado e de cada indivíduo.

Como pensar esse processo senão pelo direito à educação que cabe ao cidadão? Educação que tem duas vertentes: a primeira é a educação centrada na saúde, que inclui diferentes denominações e referenciais teóricos, como "educação para a saúde", "educação em saúde", educação do paciente", "educação sanitária", todos buscando construir a capacidade de decisão para o enfrentamento coletivo e individual; a segunda é a da formação de pessoal para atuar na área da saúde.

Diversas frentes inovadoras em educação para a saúde foram implantadas no País, nas unidades básicas de saúde dos municípios, sobretudo pela coordenação do trabalho de enfermagem, mas ainda com foco maior em atividades relativas ao controle de doenças, como cardiovasculares, diabetes, DST/aids e outras, além dos programas já consolidados, como o de Vacinação, e a implantação de novas atividades, inclusive o inovador *Projeto Saúde Escolar*, para crianças e adolescentes acompanhados e referenciados no local onde estudam.

As atividades de promoção de vida saudável são fundamentais para quem tem uma doença crônica, mas ainda há dificuldades para que as ações de prevenção para a população em geral esteja implantada de forma abrangente nessa área, apesar de os indicadores epidemiológicos mostrarem um salto progressivo da saúde coletiva brasileira – por exemplo, a diminuição das internações por diabetes. Além disso, faz-se necessário criar mecanismos de monitoramento e de avaliação que deem conta da eficácia das ações para cada território e em cada município, para que sejam realizados ajustes metodológicos e organizacionais de forma efetiva. O trabalho conjunto das universidades públicas e serviços de saúde é um caminho promissor para que a educação em saúde e sua avaliação contínua se desenvolvam cada vez para atingir a finalidade maior de compartilhamento de responsabilidades para assegurar a qualidade de vida dos cidadãos.

A universidade pública tem, também, papel de destaque na formação de pessoal de saúde, seja no que se refere à graduação e à pós-graduação, seja na formação para as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a reorganização da atenção por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Esse é um desafio, renovado continuamente, para que as formações se tornem cada vez mais pertinentes às necessidades de saúde da população e respondam aos princípios do SUS. Um desafio para o qual as faculdades de formação de enfermeiros devem estar também cada vez mais preparadas, para que continuem no centro da consolidação da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Um ótimo 2011 para todos, em especial para aqueles que contribuem na luta por uma sociedade brasileira cada vez mais justa!

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Doutora em Ciências da Educação
Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA INFUSÃO CONTÍNUA DE CATECOLAMINAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ASSESSMENT OF NURSES' KNOWLEDGE ABOUT THE IMPORTANCE OF CONTINUOUS INFUSION OF CATECHOLAMINES IN INTENSIVE CARE UNIT

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA INFUSIÓN CONTINUA DE CATECOLAMINAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Patrícia Chagas Rocha[1]
Maria Aparecida Chagas Rocha[2]
Ítalo Rigoberto C Andrade[3]
Maria Lurdemiler Sabóia Mota[4]

RESUMO

O objetivo com este estudo foi avaliar o conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre a importância da infusão contínua de catecolaminas. Trata-se de estudo descritivo, exploratório com delineamento transversal, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Escola no município de Fortaleza-CE. Foram entrevistados 49 enfermeiros. A maioria, 80,4% (40), declarou, ainda, que não tinha o título de especialista em terapia intensiva. Os dispositivos mais utilizados para a infusão contínua de catecolaminas foram bombas infusoras e equipos com injetores laterais (93, 88%). Dado preocupante foi encontrado quando 54,34% dos entrevistados relataram que não obedeciam rigorosamente à infusão contínua. Em relação à investigação do conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do conceito farmacológico desse tipo de infusão, 57,14% da amostra demonstrou dominar de forma parcial a importância farmacológica do conceito de infusão contínua. Conclui-se que a elaboração de protocolos especificando a necessidade de troca continuada das soluções possa auxiliar significativamente a assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Catecolaminas; Enfermagem; Infusão Continua.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the nurses' knowledge about the importance of continuous infusion of catecholamine. This is a descriptive exploratory cross-sectional study conducted in the Intensive Care Unit of a teaching hospital in Fortaleza-Ceará. We interviewed 49 nurses. The majority 80.4% (40) were not specialists in intensive care. The most used device for the continuous infusion of catecholamines were infusion pumps and jet-directed catheter (93. 88%). Worryingly 54.34% of the nurses interviewed stated they do not strictly comply with the continuous infusion. Regarding the investigation of nurses' knowledge about the importance of the pharmacological concept of that drug infusion 57.14% partially dominate the pharmacological importance of the concept of continuous infusion. In conclusion the development of protocols that specify the need for continuous solutions exchange can help significantly the nursing care assistance.

Key words: Catecholamines; Nursing; Continuous Infusion.

RESUMEN

El objeto de este estudio fue evaluar el conocimiento de los enfermeros sobre la importancia de la infusión continua de catecolaminas. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario de Fortaleza-Ceará. Se realizaron entrevistas con 49 enfermeras. La mayoría, el 80,4% (40), no era especialista en terapia intensiva. Los dispositivos más utilizados para la infusión de catecolaminas eran la bomba de infusión y el catéter (93, 88%). 54,34% de los entrevistados informó que no seguía estrictamente la infusión continua. En cuanto a la investigación del conocimiento de los enfermeros sobre la importancia del concepto de infusión de medicamentos el 57,14% de la muestra indicó dominar parcialmente la importancia farmacológica del concepto de infusión continua. Se concluye que la elaboración de protocolos especificando la necesidad de cambiar las soluciones podría ayudar significativamente a la atención de enfermería.

Palabras clave: Catecolaminas; Enfermería; Infusión Continua.

[1] Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza-CE. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Cuidados Intensivos ao Paciente Gravemente Enfermo.
[2] Enfermeira. Especialista em Administração Hospitalar. Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza-CE. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Cuidados Intensivos ao Paciente Gravemente Enfermo.
[3] Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Professor auxiliar da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeiro assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza-CE. Líder do Grupo de Estud-os e Pesquisas sobre Cuidados Intensivos ao Paciente Gravemente Enfermo.
[4] Enfermeira. Doutora em Farmacologia. Professora assistente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Cuidados Intensivos ao Paciente Gravemente Enfermo.
Endereço para correspondência – Rua Israel Bezerra, nº 1080, ap. 302ª, bairro Dionísio Torres, CEP: 60.135-460. E-mail: lurdemiler@unifor.br.

INTRODUÇÃO

Quando se administra um fármaco por via endovenosa, a dose penetra na circulação sistêmica. Por conseguinte, esta via possui disponibilidade sistêmica de 100%.[1] Esse conceito farmacológico interfere diretamente nas práticas de enfermagem na administração de medicamentos por essa via, pois nas infusões contínuas qualquer atraso na troca das soluções pode gerar alterações em perfis farmacocinéticos, como volume de distribuição, concentração plasmática e velocidade de excreção, o que poderá implicar prejuízo para uma resposta terapêutica adequada.

As catecolaminas são fármacos comumente empregados para o tratamento de pacientes gravemente enfermos. Por possuírem pouca diferença entre dose mínima e máxima, são cuidadosamente calculadas pela equipe médica[1] e, por conseguinte, sua infusão deve ser planejada criteriosamente pela equipe de enfermagem para que não haja grandes oscilações nos níveis plasmáticos.

Assim, na implementação de cuidados de enfermagem, as soluções contendo esses fármacos devem ser mantidas em infusão contínua para que a concentração do fármaco em seu sítio de ação permaneça suficientemente alta para ser efetiva, mas não tão elevada a ponto de ser tóxica ou baixa a ponto de ser inefetiva.

Para conseguir tal objetivo, são usados dispositivos que possibilitam a infusão precisa e segura, mesmo em baixas velocidades e em longos períodos. Todavia, é necessário que os profissionais de enfermagem possuam o conhecimento de que a administração dessas soluções não pode ser interrompida. Portanto, antes que as bombas infusoras alarmem sobre o fim da infusão preparada, nova solução já deve estar pronta para ser reinstalada. A infusão contínua de qualquer medicamento reduz as flutuações de doses plasmáticas e, se a taxa de infusão for correta, assegura uma ação terapêutica contínua.[2]

Os problemas mais comumente implicados com vazões incorretas de medicamentos (infusões de doses maiores ou menores do que as prescritas) são descritos como respostas retardadas (fluxo baixo) ou tóxicas (fluxo alto) ao paciente, aumento da possibilidade de ocorrência de flebite e tromboflebite (infecção e entupimento de vasos, respectivamente), infiltrações e extravasamentos no local de aplicação, podendo causar necrose.[2]

Os fármacos com ações vasoativas mais empregados na prática clínica são as catecolaminas, também denominadas "aminas vasoativas" ou "fármacos simpatomiméticos". Dentre elas, destacam-se a noradrenalina (NA), a adrenalina, a dopamina e a dobutamina.[3]

As catecolaminas têm ação, principalmente, sobre os parâmetros que regulam o débito cardíaco (DC), que é determinado pelo produto do volume sistólico (VS) e frequência cardíaca (FC). O VS depende das pressões e dos volumes de enchimento ventricular (pré-carga), da contratilidade do miocárdio e da resistência ao esvaziamento ventricular (pós-carga).[4]

A administração de medicamentos é uma responsabilidade do enfermeiro, mesmo que esteja sendo executada por outro membro da equipe de enfermagem, conforme o Decreto-Lei nº 94.406/87, que regulamenta a lei do exercício da enfermagem. Essa atividade está fundamentada em princípios científicos, legais e éticos, que visam promover a segurança necessária para essa pratica.[5] Nesse contexto, insere-se a importância de estudos sobre a administração de medicamentos voltados à prática do enfermeiro, como possível instrumento de auxílio na tomada de decisão desses profissionais.

Assim, considerando-se a manutenção de débito cardíaco como variável indiscutível para a manutenção de pressão arterial e, por consequência, de perfusão tissular, é que o trabalho de enfermagem em relação à manutenção de dose na administração de catecolaminas ganha extrema relevância.

Diante do exposto, com este estudo teve-se o objetivo de avaliar o conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre a importância da infusão contínua de catecolaminas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório com delineamento transversal, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital-escola no município de Fortaleza-CE, referenciado como membro da rede sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A população do estudo foi constituída por 49 dos 52 enfermeiros que trabalham nas três unidades de terapia intensiva para o cuidado de adultos da supracitada instituição. Ressalte-se que a amostra foi constituída por todos os enfermeiros na ativa, no período da coleta de dados, exceto aqueles que manifestaram não ter interesse em participar do estudo, não assinaram o Termo de Consentimento ou não devolveram o questionário utilizado como instrumento.

A coleta de dados iniciou-se no segundo semestre de 2005, logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, sendo realizada durante um período de 60 dias consecutivos. Solicitou-se aos enfermeiros que respondessem a um questionário, previamente estruturado, constando de duas partes distintas. Na primeira, constaram dados referentes a características inerentes aos sujeitos, como tempo de formação, título de especialista na área e tempo de atuação em terapia intensiva. Na segunda parte, abordaram-se modo de infusão e condutas por parte dos enfermeiros perante os problemas apresentados durante esse procedimento.

Para a análise dos dados, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média e porcentagens, de modo que fossem denotadas as informações ou dados que ocorreram com maior frequência). A ferramenta de informática utilizada foi o software Epi-Info®, onde os dados foram tabulados e analisados. Para melhor visualização, os resultados foram dispostos em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Responderam ao instrumento utilizado para a coleta de dados 49 enfermeiros. Desses, uma discreta maioria 54,3% (25) declarou ter até cinco anos de atuação em terapia intensiva e 45,7% (24), menos de cinco anos de atividade prática na área. Em relação à posse do título de especialista em terapia intensiva 19,6% (09) afirmaram que possuíam esse título, enquanto a maioria, 80.4% (40), declarou não ter tido condições, ainda, de obter esse título.

Partindo-se para a análise desses dados, é possível a consideração de que, talvez, a falta da disciplina de cuidados críticos nos currículos de algumas instituições de ensino possa ser motivo para o déficit de conhecimentos específicos. Alguns autores sugerem que as instituições de ensino superior, ao excluírem (ou não incluírem) do currículo de graduação em enfermagem o ensino de cuidados críticos/intensivos, formam profissionais com deficiências em conhecimentos e capacidade de intervenção sobre os problemas e situações de saúde-doença, demandas prevalentes e prioritárias da população, consequentemente, tornando inadequado o atendimento às reais necessidades de saúde.[6]

Enfermeiros assistenciais possuem conhecimento precário no que diz respeito à administração de medicamentos.

A administração da dose, a concentração e o tempo de infusão corretos de um medicamento, de forma geral, dependem, em grande parte, da equipe de enfermagem. Concentrações maiores (erros de dose) e infusões demasiado rápidas podem levar desde reações locais, com inflamação, infecção e necessidade de tratamento, até reações cutâneas e sistêmicas, gerando equívocos que levam à mudança desnecessária do tratamento prescrito[8].

A participação das ações da enfermagem nos perfis farmacocinéticos e nas curvas farmacodinâmicas pode ser deduzida pela presença de resposta no paciente. Isso ocorre porque a administração da dose, a concentração e o tempo de infusão corretos, de forma geral, dependem, em grande parte, das ações da equipe de enfermagem.[8]

Durante a infusão de catecolaminas, na maioria das vezes, é necessário o uso de monitorização invasiva, pois sua potente ação determina mudanças drásticas tanto em parâmetros circulatórios como respiratórios, podendo, do seu uso inadequado, advir efeitos colaterais, graves e deletérios, que obrigam sua suspensão.[4]

Entretanto, os enfermeiros demonstram, na maioria das vezes, conhecimento insuficiente, no que diz respeito à ação de determinados fármacos, à resposta esperada e às possíveis reações adversas decorrentes da medicação, bem como às intervenções imediatas, caso isso ocorra.

Esse fato é corroborado por Opitz,[7] quando afirma que essa condição independe da experiência do enfermeiro, não possuindo relação, portanto, com o tempo em que o enfermeiro atua na área. O despreparo dos enfermeiros para responder a questões relacionadas à ação dos fármacos, resposta esperada, reações adversas e importância da obediência a doses prescritas depende do conhecimento deles sobre a ação das drogas.[7]

É importante salientar que, na visão mais ampla da compreensão global dos erros com medicamento, a administração de doses completas são de responsabilidade de todos os envolvidos no processo, desde o preparo até a infusão.[8] Utilizar equipamentos que evitem doses incompletas pode ser uma das alternativas para minimizar o problema. Todavia, nossos resultados chamam a atenção para o fato de que, mesmo com a utilização desse tipo de dispositivo (bombas infusoras), deve haver o treinamento da equipe de enfermagem para que a solução contendo o medicamento atinja a corrente sanguínea e estas sejam renovadas sempre em tempo hábil.

O equipo de infusão endovenosa é um material médico-hospitalar considerado crítico do ponto de vista da assistência e tem o enfermeiro como grande responsável pelo seu uso. É encontrado, no mercado, em grande diversidade no que se refere à qualidade, ao preço e à indicação de uso. Caso mal utilizado pelos profissionais de enfermagem, o paciente pode sofrer danos irreversíveis decorrentes de hipervolemia, alterações na concentração plasmática dos fármacos administrados e combinação destes com a matéria-prima utilizada na fabricação.[3]

Uma bomba de infusão é um dispositivo eletromecânico capaz de gerar fluxo de um dado fluido a pressões superiores à pressão do sangue no local da infusão: cerca de 10 mmHg para pressão venosa e aproximadamente 80mmHg e 120mmHg para pressão arterial diastólica e sistólica, respectivamente. Possui alarmes e controles, possibilitando a infusão precisa e segura, mesmo em baixas velocidades e em longos períodos.[3]

Na TAB. 1, apresenta-se a distribuição de respostas dos enfermeiros quanto ao tipo de equipo e à utilização de bombas infusoras para o controle da infusão de soluções contendo catecolaminas.

TABELA 1 – Distribuição de respostas dos enfermeiros quanto ao tipo de equipamento utilizado para a administração das soluções contendo catecolaminas – Fortaleza – 2005

Horário de administração	FA	%
Equipo com injetor lateral, filtro, cateter lúmen único em acesso venoso central e bomba de infusão contínua.	28	57,14
Equipo com injetor lateral, filtro, cateter duplo lúmen em acesso venoso central e bomba de infusão contínua.	18	36,76
Equipo microgotas ("Bureta") com injetor lateral e acesso periférico.	03	6,10
Total	**49**	**100**

Os achados descritos na TAB. 1 são corroborados pela literatura, segundo a qual, no Brasil, as bombas infusoras simples ainda estão presentes na maioria das instituições hospitalares, em detrimento de dados americanos, segundo os quais 41% dos hospitais nos Estados Unidos já fazem uso de um sistema de bombas de infusão "inteligentes", o qual tem se mostrado capaz de detectar muitos dos erros envolvendo a administração de medicamentos por via intravenosa, além de ter o potencial de reduzir as frequências de erros graves.[9-11]

Dessa forma, chamamos especial atenção para o fato de que, apesar de a maioria dos enfermeiros entrevistados (93, 88%) relatar que utilizam bombas infusoras e equipos modernos para a administração das soluções de catecolaminas, isso não afasta a possibilidade de erros. As bombas de infusão utilizadas no Brasil não possuem tecnologia para acusar a contínua exposição do fármaco, da dose e de todos os cuidados com a administração do medicamento, com limites para doses insuficientes ou sobredoses.

Apesar de as diversas tecnologias implementadas nas instituições hospitalares terem demonstrado redução significativa dos erros de medicação, elas têm apresentado pouco ou nenhum impacto nos erros associados à administração intravenosa de medicamentos. Essas iatrogenias podem resultar em graves eventos adversos aos pacientes. Os problemas com dispositivos de infusão, sozinhos, são responsáveis por, aproximadamente, 35% de todos os erros de medicação.[11]

Na TAB 2, mostram-se as respostas de enfermeiros em relação à pontualidade na troca das soluções prescritas contendo catecolaminas. Dado preocupante é encontrado quando 54,34% dos entrevistados relataram que não obedecem rigorosamente à infusão contínua, reinstalando as soluções com atraso (34,80%), não esperando o término delas (10,86%), e alguns sem saber de quanto foi o atraso na reinstalação (10,86%).

TABELA 2 – Distribuição de respostas dos enfermeiros quanto à pontualidade nas trocas das soluções contendo catecolaminas – Fortaleza – 2005

Horário de administração	FA	%
Exato com o prescrito	20	43,48
Com ± 5 min de atraso	16	34,80
Não esperam a solução terminar	05	10,86
Reinstalam as soluções com atraso e não sabem precisar o tempo decorrido	05	10,86
Total	**46**	**100**

Para a segurança farmacológica do paciente, é preceito básico que a dose prescrita seja totalmente infundida e as soluções subsequentes prontamente reinstaladas, a fim de que se possa garantir ao cliente a possibilidade de resposta terapêutica adequada.

A farmacocinética e a farmacodinâmica desenvolvem papel fundamental no uso de medicamentos. As consequências terapêuticas ou tóxicas produzidas por um fármaco que age sistemicamente estão relacionadas com a quantidade do fármaco que entra no organismo e com o tempo que o medicamento permanece nele.[9]

O sucesso terapêutico do tratamento de doenças em humanos depende, portanto, de bases farmacológicas que permitam a escolha e o uso corretos do medicamento. A intensidade dos efeitos terapêuticos ou tóxicos dos medicamentos depende da concentração alcançada em seu sítio de ação. É necessário garantir que o medicamento escolhido atinja, em concentrações adequadas, o órgão ou o sistema suscetível ao efeito benéfico requerido.

Todavia, nossos resultados chamam a atenção para o fato de que, mesmo com a utilização de dispositivos para o controle de infusões (bombas infusoras), os enfermeiros parecem ignorar conceitos farmacocinéticos básicos e, talvez, por isso não atentem para o fato de que atrasos nas reinstalações de novas soluções possam trazer oscilações plasmáticas nos níveis do medicamento infundido, o que pode contribuir para alterações farmacodinâmicas no que diz respeito às ações terapêuticas esperadas.

Com relação à infusão específica de catecolaminas (noradrenalina, dopamina, dobutamina e adrenalina), esse fato pode ser ainda mais preocupante. A expressão "fármaco vasoativo" é atribuída às substâncias que possam precipitar efeitos vasculares periféricos, pulmonares ou cardíacos, sejam eles diretos ou indiretos, atuando em pequenas doses e com respostas dose dependente de efeito rápido e curto, por meio de receptores situados no endotélio vascular.[4]

Assim, os dados aqui expostos ganham relevância quando se destaca, no conceito acima, as expressões "pequenas doses" e "dose dependente de efeito rápido e curto". Isso significa que as doses prescritas para a administração são individualizadas e precisam ser corretamente infundidas, pois qualquer oscilação plasmática pode ocasionar respostas clínicas diferentes. Assim, para que o paciente seja beneficiado com o efeito terapêutico desse grupo de fármacos, parece indiscutível a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem no sentido de que toda a solução contendo o medicamento atinja a corrente sanguínea de forma contínua.

De acordo com as leis vigentes no Brasil, o enfermeiro é responsável pela administração de medicamentos, compreendida como o processo final de chegada da substância terapêutica ao organismo do paciente. Está incluída nesse processo a obrigatoriedade de obediência à prescrição médica com tudo que a envolve: dose, forma farmacêutica e via.[10]

Define-se "infusão contínua" como o método por meio do qual se obtém concentração plasmática constante,

pois, à medida que o fármaco sofre redistribuição e metabolização, nova oferta de fármaco está sendo realizada, mantendo-se, assim, a concentração plasmática desejada ou próxima dela.[4]

Na infusão contínua de fármacos, as doses utilizadas são calculadas pelo médico, e a enfermagem regula a bomba de acordo com a necessidade. As limitações dessa técnica são as variações geradas nas concentrações plasmáticas dos fármacos e a tendência, caso a infusão não seja alterada, ao acúmulo de fármacos, que pode levar a resultados menos previsíveis.

Na TAB. 3 mostram-se as respostas de enfermeiros em relação ao conhecimento da importância farmacológica da infusão contínua das soluções contendo catecolaminas. A demonstração do conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre esse conceito é preocupante, principalmente quando comparados aos resultados descritos nessa tabela com aqueles descritos na TAB. 2.

TABELA 3 – Distribuição de respostas dos enfermeiros quanto ao conhecimento da importância farmacológica da infusão contínua das soluções contendo catecolaminas – Fortaleza – 2005

Domínio do conceito de infusão contínua	FA	%
Dominam completamente o conceito	08	16,33
Dominam parcialmente o conceito	28	57,14
Desconhecem o conceito	13	26,53
Total	**49**	**100**

Na TAB. 3, 57, 14% da amostra demonstra dominar de forma parcial a importância farmacológica do conceito de infusão contínua. Por meio do instrumento utilizado no estudo, as enfermeiras assinalaram que a infusão contínua é importante apenas para a obtenção de melhor resposta terapêutica, mostrando desconhecimento de variáveis farmacocinéticas importantes, tais como concentração plasmática e ligação a receptores. Isso denota apenas um conhecimento superficial sobre o conceito descrito em literatura e aceito para a realização deste trabalho.[4]

Analisando-se os dados de forma globalizada, acredita-se que esse conhecimento parcial possa justificar os achados descritos na TAB. 2, segundo os quais 54,34% dos entrevistados relataram que não obedecem rigorosamente à infusão contínua. Esse achado torna-se de extrema relevância quando se reporta ao fato de que as doses e condutas terapêuticas são repensadas com base nas ações de enfermagem.

O fármaco administrado em infusão contínua cria uma concentração plasmática em determinado período, gerando um efeito. Quando esse efeito guarda uma relação estreita com a concentração, pode-se calcular o regime de infusão necessário para se obter um efeito clínico desejado e previamente programado.[9] Assim, um erro de enfermagem na manutenção da infusão contínua e, consequentemente, na concentração plasmática pode induzir o médico a recalcular doses, aumentando as concentrações de catecolaminas na solução, o que leva à saturação de receptores e à redução nos perfis de resposta terapêutica.

Uma das causas dos erros de medicação é o despreparo da equipe de enfermagem com relação às técnicas de administração de medicamentos e à importância desse procedimento no cuidado ao paciente, levando a erros de cálculos, de preparo e de administração.[12]

Em alguns países, esse problema é mais acentuado por causa do número insuficiente de profissionais para atender à alta demanda de cuidados. Além disso, a subdivisão do trabalho da enfermagem, com profissionais que não estão capacitados para desempenhar adequadamente suas funções, contribui para o aumento dos erros de medicação.

CONCLUSÃO

Nos resultados obtidos neste estudo, pode-se verificar que os dispositivos mais utilizados para a infusão contínua de catecolaminas são as bombas infusoras e os equipos com injetores laterais (93, 88%).

Um número considerável de enfermeiros que responderam ao instrumento utilizado neste estudo (54,34%) relatou que não obedece rigorosamente à infusão contínua. Assim, pode-se afirmar sobre a preocupação relativa à não compreensão, por parte de enfermeiros, de que o entendimento e a aplicação cuidadosa dos princípios farmacocinéticos podem, frequentemente, auxiliar no estabelecimento e na manutenção de quantidades terapêuticas e não tóxicas dos medicamentos no organismo; isso, por permitir uma escolha racional da dose, frequência e via de administração.

Em relação à investigação do conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do conceito farmacológico de infusão contínua, 57,14% da amostra demonstrou que domina de forma parcial a importância farmacológica do conceito de infusão contínua. Acredita-se que esse conhecimento parcial possa ter relação com o fato de 54,34% dos entrevistados terem relatado que não obedecem rigorosamente à infusão contínua.

Os dados descritos neste trabalho levam à inferência de que a falta de conhecimentos e de atualização na temática "conceitos farmacológicos básicos para a administração de medicamentos" possa está diretamente implicada na ocorrência de erros no processo da administração deles. Cenários como o descrito neste estudo ressaltam a necessidade de educação permanente, já que na prática pode-se observar que a educação e supervisão contínua, realizada pelo enfermeiro em seus diversos ambientes de trabalho pode se tornar prática altamente promissora.

Em relação ao conceito de infusão contínua para fármacos de índice terapêutico estreito, sugere-se que a elaboração de protocolos especificando a necessidade de troca continuada das soluções possa auxiliar significativamente a assistência de enfermagem.

Destaque-se a importância da realização de outros estudos com objetivo semelhante ao deste, que investiguem uma amostra maior de enfermeiros e também auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como outras instituições. Provavelmente, com base neles, poderiam ser elaboradas propostas com alternativas mais amplas em busca crescente de estratégias que visem a uma eficiente qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Grahame-Smith DG, Aronson JK. Interações medicamentosas. In: Grahame-Smith DG, Aronson JK. Tratado de Farmacologia Clínica e Farmacoterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 98-109.

2. Nascimento EMFC. Efeito de padrões para a prática de terapia intravenosa incluindo inovações tecnológicas na sobrevida de inserções intravenosas periféricas. Acta Paul Enferm. 2000; 13(3):66-75.

3. Infusion Pump Inspection Frequencies. Health Devices. 1998; 27(4-5):148-50.

4. Hoffman BB, Lefkowitz RJ. Catecolaminas, drogas simpatomiméticas e antagonistas dos receptores adrenérgicos. In: Goodman L, Gilman A. As bases farmacológicas da terapêutica. 11th ed. México: McGram-Hill Interamericana; 2006. p. 146-58.

5. São Paulo. Conselho Regional de Enfermagem-COREN. Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo: COREN; 1996.

6. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília; 2006. p. 31-86.

7. Opitz SP. Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino [doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006. 190p.

8. Mota MLS, Vasconcelos FM, Lins LER, Andrade IRC. Erros de dose relacionados a procedimentos de enfermagem na Infusão endovenosa de antimicrobianos. Cogitare Enferm. 2009 out./dez; 14(4):653-9.

9. Tozer T, Rowland M. Introdução à farmacocinética e à farmacodinâmica: as bases quantitativas da terapia farmacológica. Porto Alegre: Artmed; 2009.

10. Hoefel HHK, Lautert L. Administração endovenosa de antibióticos e resistência bacteriana: responsabilidade da enfermagem. Rev Eletrônica Enferm. 2006 [Citado 2010 maio 01]; 8(3):441-9. Disponível: http://www.fen.ufg. br/revista/revista8_3/v8n3a15.htm.

11. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Rev Eletrônica Enferm. 2009 [Cited 2010 may 01]; 11(2):413-7. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm.

12. Monzani AAS. A ponta do iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas-SP [mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006. 120p.

Data de submissão: 17/6/2009
Data de aprovação: 20/9/2010

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AMONG TEACHERS AT A MINAS GERAIS PUBLIC UNIVERSITY

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE LOS PROFESORES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE MINAS GERAIS

Fabiene dos Anjos Xavier[1]
Leidiane Figueiredo Barboza[2]
Ananda Márcia Pereira Monteiro[2]
Luana Caroline dos Santos[3]
Dirce Ribeiro de Oliveira[3]

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública e possuem vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. O objetivo com este trabalho foi investigar a presença de fatores de risco cardiovascular entre docentes de uma universidade pública de Minas Gerais. Este é um estudo transversal, com avaliação de condições de saúde, antropometria, composição corporal, pressão arterial e do consumo alimentar por meio de questionário. Foram avaliadas 30 docentes do sexo feminino, com idade média de 48,3±8,0 anos, sendo 60% com excesso de peso, 80% excesso de gordura corporal, 63,4% risco elevado de desenvolvimento de complicações cardiovasculares e 63% com índice de conicidade elevado. Identificou-se que 30% apresentavam dislipidemia, 10%, hipertensão e 40% eram sedentárias. Adicionalmente, 96,7% das participantes referiram estresse médio, grande/muito grande no trabalho, enquanto 46,6% relataram similar nível de estresse em casa. Em relação ao consumo alimentar, verificou-se mediana de quatro refeições/dia (IC95%:3,5-3,8), consumo diário frequente de verduras (93,3%), frutas (86,7%), carnes (86,7%), leite/derivados (80%). O consumo diário frequente de frutas associou-se à pressão arterial ótima (p=0,017). O histórico familiar (HF) de doenças também foi importante para a situação atual de saúde das docentes, tendo em vista a tendência de associação de HF de obesidade com excesso de peso atual (p=0,053) e HF de dislipidemia com alteração da circunferência da cintura (p=0,049). Os dados apontam que grande parte das docentes relatou que tem bons hábitos alimentares, porém apresentou elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular, como excesso de peso, nível de estresse elevado e sedentarismo, denotando a importância da realização de ações de promoção da saúde para esta população.

Palavras-chave: Doença Cardiovascular; Docentes; Antropometria; Nutrição.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are a significant public health problem and several risk factors increase the chances of their occurrence. This study aims to investigate the presence of cardiovascular risk factors among teachers at a public university in Minas Gerais. This was a cross-sectional study that used a questionnaire to assess health conditions, anthropometry, body composition, blood pressure and food consumption. Thirty female teachers by the age of 48.3 ± 8.0 were evaluated. 60% of them were overweight, 80% had excess body fat, and 63.4% had a high risk of developing cardiovascular problems and 63% showed a high conicity index. We observed that 30% presented dyslipidemia, 10% had hypertension and 40% were sedentary. Furthermore, 96.7% of the participants reported medium, high or very high stress levels at work, while 46.6% reported a similar stress level at home. Regarding food consumption, they had an average of 4.0 meals/day (95% CI: 3.5-3.8); 93.3% consumed greens daily, 86.7% fruits, 86.7% meats and 80% milk/derivatives. Daily fruit consumption was associated with excellent blood pressure (p = 0.017). The family history (FH) of diseases was also an important guide for the teachers' current health state, since there is a link between FH of obesity and current excess weight (p = 0.053), and between FH of dyslipidemia and abnormal waist circumference (p = 0.049). The data displayed the teachers' good dietary habits, but highlighted cardiovascular risk factors like overweight/obesity, high stress levels and sedentary habits, thus indicating the importance of carrying out health promotion actions directed specifically to this group of professionals.

Key words: Cardiovascular Disease; Teachers; Anthropometry; Nutrition.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un importante problema de salud pública con varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de su incidencia. El objeto de este trabajo fue de investigar la presencia de factores de riesgo cardiovascular entre docentes de una universidad pública de Minas Gerais, Brasil. Se trata de un estudio transversal que, a través de un cuestionario, evaluó las condiciones de salud, antropometría, composición corporal, presión arterial

[1] Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, Brasil.
[2] Nutricionista graduada pela UFMG.
[3] Nutricionista. Professora do Curso de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
Endereço para correspondência – Escola de Enfermagem da UFMG: Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 200, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP: 30130-100.

y consumo alimentario. Se evaluaron 30 docentes del sexo femenino con promedio de edad de 48,3±8,0 años, el 60% con exceso de peso, el 80% exceso de grasa corporal, un 63,4% con riesgo alto para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y un 63% con índice de conicidad alto. Se identificó que un 30% presentaba dislipidemia, 10% hipertensión, 40% eran sedentarias. Además, el 96,7% de las participantes mencionó estrés mediano, alto/muy alto en el trabajo, mientras que un 46,6% declaró similar nivel de estrés en el hogar. En relación al consumo alimentario se verificó un promedio de 4,0 comidas/día (IC95%:3,5-3,8), consumo diario de verduras (93,3%), frutas (86,7%), carnes (86,7%), leche/derivados (80%). El consumo diario de frutas se vinculó a la presión arterial óptima (p=0,017). La historia familiar (HF) de enfermedades también fue importante para el estado actual de salud de las docentes, teniendo en cuenta la tendencia de asociación de la HF de obesidad al exceso de peso actual (p=0,053), y la HF de dislipidemia con alteración de la circunferencia de la cintura (p=0,049). Los datos indican que los docentes tienen buenas costumbres alimentarias; sin embargo, hay una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tales como sobrepeso/obesidad, estrés elevado y sedentarismo, lo cual indica la importancia de llevar a cabo acciones de promoción de la salud para esta población.

Palabras clave: Enfermedad Cardiovascular; Profesores; Antropometría; Nutrición.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Dentre essas doenças, o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) são as mais prevalentes.[1]

Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco aumentam a probabilidade de sua ocorrência.[1] Nos estudos de *Framingham* foi relatada a contribuição dos fatores de risco tradicionais, como idade, tabagismo e história familiar de infarto agudo do miocárdio na doença arterial coronariana na população geral.[2] Adicionalmente, as diretrizes do Programa Nacional de Educação sobre o Colesterol dos EUA (NCEP) reconhecem, ainda, outros marcadores de risco coronariano, classificados como fatores de risco, relacionados aos hábitos de vida – obesidade, inatividade física, tabagismo e dieta aterogênica e aos fatores de risco emergentes – lipoproteína-a, homocisteína, marcadores da trombose e inflamação, glicemia de jejum alterada e evidência de aterosclerose subclínica.[3]

Nesse contexto, a obesidade apresenta papel de destaque, sendo considerada uma doença crônica, degenerativa, progressiva e recorrente, que pode propiciar o aparecimento de vários fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão, resistência à insulina/diabetes tipo 2 e dislipidemias.[4] De acordo com o estudo *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* – VIGITEL –, realizado no conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras em 2008, a frequência de adultos obesos variou entre 9,5% em São Luís e 15,9% em Porto Alegre.[5] Em Belo Horizonte, o estudo mostrou que 12,1% dos adultos entrevistados apresentaram obesidade – 11,3% e 12,9% entre o sexo masculino e feminino, respectivamente.

Destaca-se, no entanto, que o papel da obesidade generalizada como fator de risco cardiovascular é controverso.[6] Estudos denotam que mais importante que o excesso de gordura corporal é sua localização, que pode ter relação direta com complicações metabólicas. Assim, sabe-se que a localização abdominal de gordura favorece a ocorrência de desordens cardiovasculares por se associar com grande frequência a condições tais como dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes.[7,8]

Mais recentemente, no início da década de 1990, foi proposto o Índice de Conicidade (IC) como indicador para avaliação da obesidade e distribuição da gordura corporal.[6] Esse índice utiliza como variáveis o peso, a estatura e a circunferência da cintura. Apesar de existirem algumas controvérsias, o IC é reconhecido como bom indicador de obesidade central.[9]

Além do excesso de peso, a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular.[10] No Brasil, estima-se que de 23,9% a 43,9% dos adultos apresentem hipertensão, sendo essa condição muitas vezes associada ao excesso de peso. Nota-se que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso e à obesidade.[11]

O sedentarismo também aparece na literatura como fator de risco cardiovascular. Evidências de estudos epidemiológicos e experimentais apontam que o exercício físico regular protege contra o desenvolvimento e a progressão de inúmeras doenças e agravos não transmissíveis, como doença cardiovascular, hipertensão, obesidade e diabetes tipo 2.[12] Isso mostra os efeitos independentes e combinados da prática de atividade física sobre a redução do risco cardiovascular atuando beneficamente sobre outros fatores de risco.

Nesse sentido, a avaliação dos fatores de risco cardiovascular torna-se importante na contribuição para o direcionamento de intervenções que envolvem promoção da saúde, prevenção e controle da obesidade e suas comorbidades. As ações, usualmente, contemplam incentivo à prática de atividade física, abandono do tabagismo e educação nutricional da população, além de promoverem alterações desejáveis, tais como redução de peso e dos níveis plasmáticos de lipídeos e de glicose, bem como dos níveis de pressão arterial.[13,14]

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), fundada há 73 anos, não apresenta relatos de trabalhos de avaliação da prevalência de fatores de risco cardiovascular entre os docentes. No entanto,

o quadro efetivo dessa Escola apresenta professores que trabalham em regime de dedicação exclusiva, envolvidos em atividades administrativas, de ensino, pesquisa e extensão, permanecendo a maior parte do dia nas dependências da instituição. Adicionalmente, acredita-se que o excesso de atividades desenvolvidas possa interferir na qualidade de vida dos docentes (ansiedade, humor, bem-estar, autocontrole, saúde geral e vitalidade) e contribuir de forma importante para o aparecimento das comorbidades citadas.

Diante do exposto, neste estudo, teve-se como principal objetivo verificar a presença de fatores de risco cardiovascular entre docentes da Escola de Enfermagem da UFMG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com docentes do quadro efetivo da Escola de Enfermagem da UFMG, localizada em Belo Horizonte-MG.

A amostra foi selecionada por meio de convite aos docentes e manifestação voluntária de interesse na participação, de setembro de 2007 a novembro de 2008. Foram utilizadas diversas formas de convite para participação, como e-mail, carta-convite, contato telefônico e contato pessoal.

O estudo atendeu as premissas da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº 231/07, da UFMG .

Adotou-se como critério de inclusão a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Já como critérios de exclusão foram considerados: gestação, lactação, aposentadoria ou contrato como docente substituto.

O protocolo formulado para este do estudo foi composto por avaliação antropométrica e de composição corporal e obtenção de informações sobre saúde e modos de vida (consumo alimentar e atividade física).

Na avaliação antropométrica e de composição corporal, foram aferidas medidas de peso, altura, circunferência da cintura, dobras cutâneas triciptal (DCT), biciptal (DCB), subescapular (DCSE) e suprailíaca (DCSI).

As medidas de peso e altura foram aferidas em balança Filizola® com estadiômetro acoplado, capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100 g. Foram adotadas as técnicas de mensuração propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1997.[15]

O Índice de Massa Corporal [IMC=peso(kg)/altura^2(m)] foi calculado e classificado segundo os pontos de corte propostos pela OMS,[16] ou seja, baixo peso (IMC < 18,5 kg/m^2), eutrofia (IMC 18,5-24,9 kg/m^2), sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m^2), e obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m^2).

A circunferência da cintura (CC) foi mensurada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Para essa medida, foram adotados os pontos de corte preconizados por Leans *et al*.,[17] de acordo com o grau de risco para doenças cardiovasculares: nível 1 – gordura visceral aumentada: mulheres ≥ 80cm-87,9cm – risco elevado de complicações associadas à obesidade; nível 2 – gordura visceral em excesso – mulheres ≥ 88cm: risco muito elevado de complicações associadas à obesidade.

As medidas de dobras cutâneas foram realizadas utilizando-se plicômetro científico Cescorf.® Os valores obtidos possibilitaram o cálculo do percentual de gordura corporal com base nas fórmulas desenvolvidas por Durnin e Womersley[18] e categorizado segundo os pontos de corte desenvolvidos por Lohman.[19] O resultado foi expresso como % gordura corporal – dobras cutâneas.

Além disso, foi obtido o índice de conicidade (IC)[7] com base na equação:

$$IC = \frac{\text{Circunferência da cintura (m)}}{0.109 \times \sqrt{\frac{\text{Peso corporal (kg)}}{\text{Estatura (m)}}}}$$

As medidas físicas e antropométricas foram realizadas em triplicata, por medidores devidamente treinados, e registrado o valor médio delas.

A pressão arterial de cada participante foi aferida no braço direito, estando o indivíduo sentado, com intervalo de cada aferição de 1 a 2 minutos,[11] com o auxílio do esfingmomanômetro Tycos®. Foram adotados como referência os valores pressóricos propostos pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.[12]

Os dados de modos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo e estresse) e história clínica foram obtidos por meio um questionário, elaborado especificamente para o estudo.

Quanto à alimentação, foram averiguados o número de refeições diárias realizadas (uma refeição, duas três ou mais de três refeições), a mastigação (mastiga bem os alimentos: sim ou não), a ingestão diária de líquidos e a frequência de consumo de alguns alimentos – verduras, legumes, frutas, carnes, leite e derivados. A frequência foi contemplada nas categorias: nunca, raro (uma vez por mês), às vezes (duas vezes por semana) e frequentemente (cinco ou mais dias na semana).

As informações sobre a prática de atividade física foram referidas como realização ou não de atividade e, em caso positivo, abrangeu a frequência da mesma.

Em relação ao tabagismo foi avaliado se a participante era fumante ou não. Já quanto ao estresse, investigou-se a presença referida deste no ambiente de trabalho e familiar, sendo este classificado em pequeno, médio, grande ou muito grande.

A história clínica pessoal e familiar referida das participantes contemplou a avaliação de agravos de saúde como hipertensão, diabetes, colesterol e/ou triglicerídeos elevados.

Os dados obtidos foram armazenados e analisados no programa Epi Info, versão 3.02, e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 12.0/2000.[20] Foram realizadas a análise descritiva e a aplicação dos testes Kolmogorov-Smirnov, para verificar a distribuição dos dados, qui-quadrado e exato de Fisher, para verificar associações entre as variáveis, bem como feita a correlação de Pearson para investigar as relações entre variáveis quantitativas. Adotou-se 5% como nível de significância estatística, ou seja, p< 0,05.

Os resultados foram apresentados na forma de média ± desvio-padrão (média ±DP) para as variáveis com distribuição normal e como mediana (intervalo de confiança de 95%) para as demais.

RESULTADOS

Foram avaliados 30 docentes (44,7% do quadro de docentes da Unidade), do sexo feminino, com idade média de 48,3±8,0 anos. Foi expressiva a porcentagem de docentes que se recusaram a participar do estudo. Os motivos da não participação foram a falta de tempo, a incompatibilidade de horários, a afirmação de não possuir perfil para a pesquisa, o esquecimento do horário marcado ou o envolvimento em atividade acadêmica ou não no horário marcado para a avaliação. Dessas, verificou-se que 60% apresentaram excesso de peso; 80% percentual de gordura corporal elevado; 63,4% risco elevado e muito elevado de desenvolvimento de complicações metabólicas e 63% IC elevado (TAB.1).

TABELA 1 – Características antropométricas das docentes avaliadas. Escola de Enfermagem da UFMG – 2007-2008

Variáveis		
*Índice de massa corporal**	25,0 ± 3,0	
Estado nutricional	***n***	***%***
Eutrofia	12	40,0
Sobrepeso	15	50,0
Obesidade	3	10,0
*% Gordura corporal – Dobras cutâneas**	36,2 ± 4,0	
Classificação	***n***	***%***
Acima da média	6	20,0
Elevado risco de doenças – Obesidade	24	80,0
*Circunferência cintura**	82,4 ± 7,4	
Classificação	***n***	***%***
Normal	11	36,6
Risco elevado	11	36,7
Risco muito elevado	8	26,7
*Índice de conicidade (IC)**	1,1± 0,09	
Classificação	***n***	***%***
Normal	11	37,0
Elevado	19	63,0

*Média ± Desvio-padrão(DP)

Em relação às condições de saúde e modos de vida, identificou-se que 30% apresentavam dislipidemia – colesterol total (CT) e/ou triglicérides (TG) elevado, 10% hipertensão, 40% não praticavam atividade física e 6,7% tabagistas. Adicionalmente, 96,7% das participantes referiram estresse médio, grande ou muito grande no trabalho, enquanto 46,6% relataram nível de estresse médio ou grande/muito grande em casa (TAB. 2). O estresse no trabalho relacionou-se ao maior estresse em casa (r=0,415; p=0,023).

TABELA 2 – Fatores de risco cardiovascular na população docente estudada. Escola de Enfermagem da UFMG – 2007-2008

Variáveis	n	%
Dislipidemia		
Sim	9	30,0
Não	20	66,7
Não sabe	1	3,3
Pressão arterial		
Normal	27	90,00
Hipertensão	3	10,00
Tabagismo		
Sim	2	6,6
Não	28	93,4
Estresse no trabalho		
Nenhum	0	0,0
Pequeno	1	3,3
Médio	11	36,7
Grande	13	43,3
Muito grande	5	16,7
Estresse em casa		
Nenhum	2	6,7
Pequeno	14	46,7
Médio	9	30,0
Grande	4	13,3
Muito grande	1	3,3
Atividade física		
Sim	18	60,0
Não	12	40,0

Identificou-se que a análise do histórico familiar (HF) de doenças (TAB. 3) foi importante para a situação atual de saúde das docentes, tendo em vista que houve tendência à associação de HF de obesidade com excesso de peso atual (p=0,053) e HF de dislipidemia com alteração da CC (p=0,049).

Quanto aos hábitos alimentares, observou-se mediana de 4 refeições/dia (IC95%: 3,5-3,8), 40% da amostra com mastigação insuficiente; consumo diário frequente de verduras (93,3%), frutas (86,7%), carnes (86,7%), leite e derivados (80%) – TAB. 4. Verificou-se que o consumo diário frequente de frutas foi associado à pressão arterial classificada como ótima (p=0,017).

TABELA 3 – Prevalência dos históricos familiares das docentes avaliadas. Escola de Enfermagem da UFMG – 2007-2008

Histórico familiar	n	%
Obesidade		
Sim	14	46,7%
Não	16	53,3%
Não sabe	0	0
Hipertensão		
Sim	26	86,7%
Não	3	10,0%
Não sabe	1	3,3%
Diabetes		
Sim	19	63,3%
Não	11	36,7%
Não sabe	0	0
Colesterol e ou TG elevado		
Sim	20	66,7%
Não	5	16,7%
Não sabe	5	16,7%
Angina e ou infarto agudo do miocárdio		
Sim	16	53,3%
Não	14	46,7%
Não sabe	0	0

TABELA 4 – Hábitos alimentares da população estudada. Escola de Enfermagem da UFMG – 2007-2008

Variáveis	n	%
Número de refeições		
3	9	30,0
4	21	70,0
Boa Mastigação		
Sim	18	60,0
Não	12	40,0
Consumo de verduras e legumes		
Frequentemente	28	93,3
Raro	1	3,3
Às vezes	1	3,3
Nunca	0	0,0
Consumo de frutas		
Frequentemente	26	86,7
Raro	2	6,7
Às vezes	2	6,7
Nunca		
Consumo de leite e derivados		
Frequentemente	24	80,0
Raro	0	0,0
Às vezes	5	16,7
Nunca	1	3,3
Consumo de carnes		
Frequentemente	26	86,7
Raro	1	3,3
Às vezes	3	10,0
Nunca	0	0,0

DISCUSSÃO

A aterosclerose é um processo de início precoce na vida, levando, progressivamente, a complicações se não tratada adequadamente.[21] Sabe-se que essa doença é considerada multifatorial e sua prevenção passa pela identificação do conjunto dos fatores de risco,[3] dentre eles obesidade, dislipidemias, hipertensão, tabagismo, inatividade física e hábitos dietéticos.

Neste estudo, as frequências de sobrepeso (50%) e obesidade (10%) foram elevadas. Resultado semelhante foi encontrado por Rezende *et al*.[22] – 42,5% e 25,5% de sobrepeso e obesidade, respectivamente, nas servidoras públicas da Universidade Federal de Viçosa avaliadas. Similarmente, de acordo com o VIGITEL 2008,[5] Belo Horizonte apresentou um percentual da população feminina com excesso de peso e obesidade de 41,5% e 12,9%, respectivamente. Tais dados denotam que o excesso de peso e a obesidade apresentam alta prevalência na população feminina, favorecendo a ocorrência de desordens cardiovasculares, hipertensão arterial e dislipidemias.

É sabido que analisar a distribuição da gordura corporal é relevante para a detecção do risco cardiovascular. A porcentagem de gordura corporal elevada (80%) e classificação de risco elevado e muito elevado (63,4%), de acordo com a CC encontrados, está inferior aos resultados mostrados por Rezende *et al*.,[22] que obtiveram percentual de 74% das mulheres avaliadas (n=106) com risco elevado ou muito elevado de complicações metabólicas de acordo com a CC.

Analisando os dados de IC, 63% das docentes apresentaram valores elevados, denotando grande presença de obesidade central entre elas. Pitanga e Lessa[6] detectaram que mulheres com idade entre 50-74 apresentaram associação estatisticamente significativa entre os valores de IC e risco cardiovascular. Gustat *et al*.[23] analisaram a relação de diferentes medidas antropométricas de obesidade com o risco de doenças cardiovasculares, encontrando que todas as medidas, inclusive o IC, apresentou correlação com fatores de risco coronarianos.

Ao avaliar os fatores de risco modificáveis, 30% das avaliadas relataram que possuíam níveis séricos elevados de colesterol total (CT) e/ou triglicerídeos (TG). Semelhantemente, Marcopito *et al*.[24] identificaram que 28,6% e 32,7% das participantes do sexo feminino (n=390) apresentaram níveis séricos elevados de CT e TG, respectivamente. Kolankiewicz *et al*.[25] também encontraram similaridade nos resultados – 22,5% e 30,6% da população feminina estudada (n=405), com níveis respectivos de CT e TG séricos elevados. Sabe-se que vários são os fatores que podem desencadear o processo aterogênico, dentre eles a dislipidemia,[25] por isso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, por meio da III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias, 2001, estabelece e recomenda a monitoração de um perfil lipídico como forma de controle e prevenção da aterosclerose.[26]

Em relação a outro fator modificável, hipertensão, identificaram-se prevalências inferiores aos achados nacionais. De acordo com o VIGITEL 2008,[5] 28,2% da população feminina de Belo Horizonte apresenta diagnóstico médico de hipertensão arterial. Passos *et al*.[27] mostraram associação positiva entre hipertensão arterial (>160/95mmHg) e idade mais avançada, índice de massa corporal >27kg/m^2, história familiar de hipertensão, escolaridade menor que seis anos e abuso de álcool (ingestão≥30mg/dia). Ferreira *et al*[28] verificaram que a freqüência de hipertensão aumentou com a idade, diminuiu com a escolaridade, foi maior entre negros e viúvos e menor entre solteiros. Dados do VIGITEL 2008[5] revelam redução da prevalência de hipertensão em mulheres com o aumento do nível de escolaridade, sendo que aquelas que possuem 12 anos ou mais de escolaridade apresentam as menores prevalências da doença, o que confirma os resultados deste estudo.

O hábito de fumar, como fator de risco independente bem estabelecido, não ficou em evidência neste estudo, pois poucas docentes relataram que eram tabagistas. Tais achados correspondem aos encontrado por Silva *et al*.,[29] que mostrou no grupo de mulheres com faixa etária entre 30 e 59 anos, que o nível de escolaridade foi inversamente proporcional à prevalência do tabagismo. Esse fato pode ser justificado neste trabalho pelo possível conhecimento das participantes sobre os efeitos do tabaco na saúde e o risco do uso do tabaco na prevalência de DVC.

Recentemente, diversos estudos epidemiológicos têm mostrado que fatores psicossociais também contribuem para aumentar o risco de doenças cardiovasculares. Das docentes, 43,3% relataram nível de estresse grande no ambiente de trabalho. Contaifer *et al*.,[30] objetivando conhecer a percepção de docentes da área da saúde sobre o estresse, relataram que todos os entrevistados (n = 68) revelaram perceber o estresse como cansaço, ansiedade e desequilíbrio, além de citarem como principais agentes estressores o salário inadequado, os descontos no pagamento, a falta de material para o trabalho e as longas reuniões. Os autores mostraram que 76,5% dos professores referiram estar sob estresse no trabalho e 32% consideraram a magnitude desse estresse como moderado.

Neste trabalho, o nível de estresse também foi autorrelatado e os fatores estressores citados pelas avaliadas foram: dedicação exclusiva, excesso de carga horária didática, realização de atividades de pesquisa, extensão e administração (dados não mostrados). Não foi feita associação entre estresse no trabalho e hipertensão arterial, porém vale ressaltar que, embora o nível de escolaridade seja um fator de proteção para a hipertensão arterial, o estresse que as avaliadas relataram estar vivenciando no ambiente de trabalho pode ser considerado como fator de predisposição à doença.

Quanto à realização de atividade física, 40% das docentes relataram que não a praticavam. Essa porcentagem é maior em comparação com o encontrado pelo VIGITEL 2008[5], onde 18% das mulheres com a mesma faixa etária deste estudo foram consideradas fisicamente inativas. Além disso, Florindo *et al*.[31] mostraram que a prática de atividade física no lazer está diretamente relacionada ao nível de escolaridade. Já se sabe que o exercício físico regular melhora o perfil lipídico, reduz o peso corporal, diminui a pressão arterial, melhora a função cardíaca, contribuindo para a redução do risco de doenças cardiovasculares.[32]

Sabe-se que uma nutrição adequada também é de suma importância para a prevenção e controle de doenças cardiovasculares. Analisando-se os hábitos alimentares relatados pelas docentes, verificou-se elevada frequência de hábitos saudáveis, sobretudo no que se refere ao consumo de frutas e hortaliças. Esse resultado é superior ao encontrado pelo VIGITEL 2008,[5] que constatou, no público feminino com faixa etária semelhante à das docentes avaliadas, que 42% consumiam frutas e hortaliças adequadamente.

De acordo com estudos prévios,[33,34] fatores socioeconômicos, como nível educacional e renda familiar, são importantes determinantes na ingestão de frutas, legumes e verduras. Isso corrobora o VIGITEL 2008,[5] quanto a relação entre nível de escolaridade e prática de alimentação saudável. Jaime *et al*.[35] estimaram a frequência do consumo de frutas e hortaliças em indivíduos com idade $\geq$ 18 anos entrevistados pelo sistema VIGITEL e verificaram que menos da metade referiu consumo regular de fruta (44,1%) ou hortaliças (43,8%), enquanto 23,9% referiram consumo regular de frutas e hortaliças em conjunto. Os autores verificaram que o consumo de frutas e hortaliças foi maior entre as mulheres e aumentou com a idade e escolaridade. Tais achados contribuem para confirmar o achado deste estudo, que, embora tenha sido de caráter qualitativo, é válido para inferir que as participantes apresentaram hábitos alimentares saudáveis.

Estudos científicos sugerem efeitos protetores do consumo de frutas e vegetais para as doenças cardiovasculares. Dauchet *et al*.[36] mostraram que o consumo de frutas e vegetais é inversamente relacionado com a ocorrência de eventos cardiovasculares. Nota-se que o risco de doenças cardiovasculares é reduzido em 7%, quando se tem o consumo adequado de frutas, e ocorre uma redução de 4% com a adição de uma porção de frutas e verduras a mais por dia. Akesson *et al*.[32] observaram que um padrão dietético caracterizado por elevado consumo de vegetais, frutas, cereais integrais, peixe, leguminosas e consumo moderado de bebida alcoólica foi associado com uma redução de 57% do risco de infarto do miocárdio. Além disso, os autores também relataram que mulheres que combinavam esse padrão alimentar com moderado consumo de álcool, hábito de não fumar e realização de atividade física apresentaram 92% de redução de risco de infarto do miocárdio.

Os resultados deste estudo, agrupados aos já existentes, demonstraram a presença de importantes fatores de risco cardiovascular na população brasileira, evidenciando a necessidade de medidas de enfrentamento desses agravos.

Ressalte-se que neste trabalho houve algumas limitações. Trata-se de um estudo que teve como público-alvo docentes de uma universidade pública, com participação exclusiva de mulheres, todas da área da saúde e com alto grau de escolaridade, o que, certamente, dificultou a realização de comparações com outros estudos. Após serem feitas diferentes formas de convite para a participação e mesmo recebendo várias justificativas da não participação por diversos motivos, como falta de tempo, incompatibilidade de horários, afirmação de não possuir perfil para a pesquisa, esquecimento do horário ou envolvimento em atividade acadêmica ou não no horário marcado para a avaliação, foi possível avaliar 44,7% do quadro de docentes da Unidade. Outra limitação do trabalho refere-se ao questionário utilizado, que foi um instrumento elaborado especificamente para este estudo, o que possivelmente dificultou a realização de comparações.

Também não foram realizadas análises bioquímicas de colesterol total e triglicerídeos séricos, bem como a análise quantitativa do consumo alimentar; apenas foram feitas análises qualitativas das respostas obtidas. Trabalhou-se, em parte, com relatos das participantes, fato que pode dificultar a comparabilidade dos dados obtidos. Apesar disso, a técnica de autorrelato é bastante usada na literatura e, mesmo considerando tais limitações, os resultados podem ser relevantes, assinalando a presença de fatores de risco cardiovascular nas docentes que participaram do estudo.

CONCLUSÃO

Os dados apontam que grande parte da população estudada relatou ter bons hábitos alimentares, porém apresentou elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular, como excesso de peso, nível de estresse elevado e inatividade física.

Ressalte-se que devem ser consideradas a carga horária de trabalho excessiva, a sobrecarga de trabalho e a interface trabalho-obrigações domésticas como fatores que poderiam potencializar tais achados.

Entretanto, destacaque-se que alguns fatores são passíveis de intervenção e sugerem a necessidade da adoção de medidas educativas de prevenção e promoção da saúde para esta população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

2. Assmann G, Paul C, Helmut S. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) Study. Circulation. 2002; 105:310-5

3. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285:2486-97.

4. Schunkert H. Obesity and target organ damage: the heart. Int. J. Obes Relat Metabo Disord. 2002; 26 Suppl 4:S15-20.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

6. Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007; 10(2):239-48.

7. Kannel WB, Wilson PW, Nam BH, D'Agostino RB. Risk stratification of obesity as a coronary risk factor. Am J Cardiol. 2002; 90:697-701.

8. Tonstad S, Hjermann I. A high risk score for coronary heart disease is associated with the metabolic syndrome in 40-year-old men and women. J Cardiovasc Risk. 2003; 10:129-35.

9. Pitanga FJG, Lessa I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(3):259-69.

10. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. The Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002; 360:1903–13.

11. Sociedade Brasileira de Cardiologia**.** V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2007; 89(3):24-79

12. Ketelhut RG, Franz IW, Sholze J. Regular exercise as an effective approach in antihypertensive therapy. Med Sci Sports Exerc. 2004; 36:4-8.

13. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The evidence Report National Institutes of Health. Obes Res. 1998; 6 (Suppl. 2):51S-209S.

14. Bloch KV, Salles GF, Muxfeldt ES, Rocha NA. Orlistat in hypertensive overweight/obese patients: results of a randomized clinical trial. J Hypertension. 2003; 21:2159-65.

15. World Health Organization. Obesity: prevening and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 1997.

16. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.

17. Lean M, Hans T, Morrison C. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ. 1995; 311:158-61.

18. Durnin JVGA, Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and woman aged from 16 to 71 years. Br J Nutr. 1974; 32:77-9.

19. Lohman TG. Advances in body composition assessment. Champaign: Human Kinetics Publishers; 1992

20. Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version/ SPSS. Release 12.0 Chicago: Marketing Departament; 2000.

21. Stamatelopoulos KKK, Sidossis SL. Noninvasive methods for assessing early markers of atherosclerosis: the role of body composition and nutrition. Curr Opin in Clin Nutr Metab Care. 2009; 12:467–73

22. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2006; 87(6):728-34

23. Gustat J, Elkasabany A, Srinivasan S, and Berenson GS. Relation of abdominal height to cardiovascular risk factors in young adults. Am J Epidemiol. 2000; 151(9):885-91.

24. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2005; 39(5):738-45

25. Kolankiewicz F, Giovelli FMH, Bellinaso ML. Estudo do perfil lipídico e da prevalência de dislipidemias em adultos. Rev Bras Análises Clínicas. 2008, 40(4):317-20.

26. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretrizes de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Dislipidemias. Arq Bras Cardiol. 2001; 77 (Suppl III):1-48.

27. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15(1):35-45.

28. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2):98-106.

29. Silva GA, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2):48-56.

30. Contaifer TRC, Bachion MM, Yoshida T, Souza JT. Estresse em professores universitários da área de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2003; 24(2):215-25.

31. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Práticas de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2):65-73.

32. Akesson A, Weismayer C, Newby PK, Wolk AW. Combined effect of low-risk dietary and lifestyle behaviors in primary prevention of myocardial infarction in women. Arch Intern Med. 2007; 167(19):2122-7.

33. Irala-Estevez JD, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martinez-Gonzalez MA. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. Eur J Clin Nutr. 2000; 54:706-14.

34. Kamphuis CB, Giskes K, Bruijn GJ, Wendel-Vos W, Brug J, Van Lenthe FJ. Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults-a systematic review. Br J Nutr. 2006; 96:620-35.

35. Jaime PC, Figueiredo ICR, Moura EC, Malta DC. Fatores associados ao consumo

de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2):57-64.

36. Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. J Nutr. 2006; 136:2588-93.

Data de submissão: 20/1/2010
Data de aprovação: 7/7/2010

A ENFERMAGEM DIANTE DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO COMPLEMENTAR DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DAS DISLIPIDEMIAS*

NURSING AND THE USE OF MEDICINAL PLANTS AS A COMPLEMENTARY TREATMENT TO SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND DYSLIPIDEMIAS

LA ENFERMERIA Y EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y DISLIPIDEMIAS

Andrieli Daiane Zdanski de Souza[1]
Natália Rosiely Costa Vargas[2]
Teila Ceolin[3]
Rita Maria Heck[4]
Rafael Haeffner[5]
Carmem Rosane da Silva Viegas[6]

RESUMO

O objetivo com este estudo foi identificar as plantas medicinais utilizadas pelos agricultores de base ecológica no tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e das dislipidemias. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada, entre janeiro e maio de 2009, com 8 famílias de agricultores e suas gerações familiares, perfazendo um total de 19 sujeitos, os quais residiam em 4 municípios da região sul do Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram que, entre as 196 plantas medicinais referidas, 6 foram indicadas para o tratamento da HAS e 6 para as dislipidemias. Entre as 12 plantas citadas, encontramos, na literatura farmacológica, efeitos associados à ação hipotensora e/ou a redução dos níveis de colesterol para 6 plantas. Em razão de essa prática de cuidado à saúde ser muito utilizada pela população, evidencia-se a necessidade de os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, se capacitarem sobre a indicação correta das plantas medicinais aos usuários.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Fitoterapia; Enfermagem; Plantas Medicinais.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the medicinal plants used by organic farmers to treat systemic arterial hypertension (SAH) and dyslipidemias. It was a qualitative research performed between January and May 2009, with 8 families with a total of 19 subjects. They lived in four municipal districts of the South area of Rio Grande do Sul. The results showed that among the 196 referred medicinal plants, 6 were suitable for the treatment of SAH and 6 for the dyslipidemias. Amid the 12 mentioned plants, 6 were found, in pharmacological literature, to present effects associated to the hypotensive action and/or cholesterol level reductions. This healthcare practice is very common amongst the population, so it is evident the need for the health professionals being qualified to advice on the right medicinal plant treatment.

Key words: Complementary Therapies; Phytotherapy; Nursing; Medicinal Plants.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar las plantas medicinales utilizadas por los agricultores ecológicos para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica (HTS) y dislipidemia. Se trata de un estudio cualitativo realizado entre enero y mayo de 2009 con 8 familias de agricultores totalizando 19 sujetos que vivían en cuatro municipios del sur de Río Grande do Sul. Los resultados mostraron que de las 196 plantas medicinales mencionadas 6 fueron indicadas para el tratamiento de la HAS y 6 para las dislipidemias. En la literatura farmacológica se mencionan los efectos de 6 de estas 12 plantas relacionados con la hipotensión y/o reducción de los niveles de colesterol. Debido a que esta práctica es muy empleada entre la población se realza la necesidad de calificar profesionales de la salud, incluyendo enfermeros, para indicar a los pacientes el tratamiento correcto con plantas medicinales.

Palabras clave: Terapias Complementarias; Fitoterapia; Enfermería; Plantas Medicinales.

* Projeto "Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região sul do Rio Grande do Sul". Pesquisa financiada pelo CNPq. Dados extraídos da dissertação de mestrado "O conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região sul do Rio Grande do Sul".

[1] Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsista de iniciação científica pelo CNPq.
[2] Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre da FEn/UFPel. Bolsista de iniciação científica pela FAPERGS.
[3] Mestre em Enfermagem. Professora assistente da FEn/UFPel.
[4] Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da FEn/UFPel.
[5] Enfermeiro formado pela FEn/UFPel.
[6] Enfermeira. Especialista em Estratégia da Família. Coordenadora da Atenção Básica. Capão do Leão-RS.
Endereço para correspondência – Av. Duque de Caxias, nº 291, ap. 201, Bloco A, Bairro Fragata, Pelotas-RS, CEP 96030-001. E-mail: andriele_zdanski@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos, o ser humano vem buscando cuidados para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. Dentre essas terapias, estão as plantas medicinais, que são muito utilizadas pela população, sendo seus conhecimentos repassados, muitas vezes, entre as gerações familiares.

O conhecimento popular relacionado às plantas medicinais é amplo, trazendo benefícios à população, principalmente aquelas que não têm acesso aos serviços de saúde. O fato de as regiões do Brasil terem distintas características climáticas e grande diversidade da flora, muitas plantas recebem o mesmo nome popular em diferentes localidades, mesmo sendo espécies diferentes e com princípios ativos distintos. Por essa razão, é importante a correta identificação botânica da planta a ser utilizada e o conhecimento do seu princípio ativo.[1]

Existem registros de que há 5000 a.C. os chineses já possuíam listagens de substâncias derivadas de plantas. Os egípcios, os gregos e os babilônios já faziam uso de plantas para aliviar sintomas, confeccionar roupas, bem como na alimentação e em rituais religiosos.[2]

No Brasil, estudos mostram que as primeiras referências sobre plantas medicinais foram apresentadas pelo padre José de Anchieta e outros jesuítas, durante o período colonial. Os saberes relacionados às plantas medicinais repassados entre a população e utilizados atualmente foram construídos por meio de várias etnias.[3]

Atualmente, hábitos como tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo e estresse evidenciam que a população não tem conseguido manter padrões de vida saudáveis, e essas mudanças são fatores que levam ao aparecimento de diversas doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as dislipidemias.

A HAS é caracterizada como uma doença silenciosa, de causas multifatoriais, sendo a principal responsável por doenças cardiovasculares. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%.[4] Aproximadamente 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam a HAS associada.[5]

As alterações dos níveis de colesterol constituem um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.[6] A HAS e a dislipidemia são fatores de risco interligados para o agravamento de diversas outras patologias, sendo considerado um problema de saúde pública. Dessa forma, cresce a necessidade de mudanças no enfoque da assistência prestada pelos serviços de saúde, pois são patologias preveníveis, e suas complicações geram custos financeiros e sociais para o país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como meta reduzir em 2% ao ano, até 2015, a incidência de doenças crônicas.[7] Sabe-se que, no Brasil, menos de 50% da população tem acesso às medicações essenciais para o tratamento de doenças crônicas.[8]

Diante dessa situação e das críticas em relação ao modelo biomédico baseado exclusivamente em medidas alopáticas, há necessidade de ações que visem à melhoraria das condições de saúde da população e da qualidade de vida. Para isso, o governo federal vem incentivando o uso de terapias complementares no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, incentivando o uso das plantas medicinais, através da fitoterapia, homeopatia, acupuntura, dentre outras práticas.[9] Essa política não atribui a nenhuma categoria profissional específica a indicação para o uso terapêutico das plantas medicinais, tornando-se, assim, uma ampla área de atuação a ser explorada pelos enfermeiros.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), por meio do Parecer Normativo nº 004/95, reconheceu que as terapias alternativas/complementares (acupuntura, iridologia, fitoterapia, reflexologia, quiropraxia e massoterapia, dentre outras) são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, não estando vinculadas a qualquer categoria profissional. A Resolução nº 197/97, do COFEn estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do enfermeiro, desde que este tenha concluído e sido aprovado em curso ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.[10]

As terapias complementares têm sido cada vez mais aceitas e utilizadas em vários países no mundo, sendo integradas na assistência à saúde, nos aspectos promocional, preventivo, curativo e de reabilitação de diversos agravos agudos e crônicos.[11]

Diante desse contexto, destaca-se a importância de o enfermeiro conhecer o uso das plantas e de outras terapias complementares, para que possa incorporar esse saber na realização do cuidado e das ações de educação em saúde.[1]

Esse saber visa integrar-se no cuidado integral prestado pelo enfermeiro ao indivíduo e à sua família com o objetivo de aprender o cuidar como algo além do físico, entender o contexto cultural no qual estão inseridos, atuar na educação em saúde e estimular a autonomia no cuidado à saúde.[12]

O objetivo com este trabalho foi identificar as plantas medicinais utilizadas pelas famílias de agricultores de base ecológica no tratamento de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo.[13] O conhecimento sobre as plantas medicinais é predominantemente transmitido de forma oral entre as famílias de agricultores, indo ao encontro desse tipo de pesquisa, que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa está vinculada ao projeto *Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região sul do Rio Grande do Sul*, desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e pela Embrapa Clima Temperado.

Os sujeitos constituíram-se de agricultores de base ecológica, os quais foram indicados pelo coordenador da associação dos feirantes ecológicos como conhecedores de plantas medicinais, e para isso, foi utilizada a metodologia de *snowball sampling*,[14] De acordo com essa metodologia ao se identificar respondentes para uma pesquisa, estes indicam outros respondentes, e assim sucessivamente, até que a suficiência amostral seja atingida. É o que se define como "cadeia de informantes".

Além dos 8 agricultores indicados, foram abordadas suas gerações familiares, correspondendo a um total de 19 sujeitos, sendo pelo menos duas gerações em cada família. Os entrevistados comercializam seus produtos na feira ecológica de Pelotas, a qual ocorre quatro vezes por semana, em locais distintos da cidade.

O local de estudo restringiu-se aos domicílios dos agricultores, situados na área rural dos municípios de Pelotas, Morro Redondo, Canguçu e Arroio do Padre, na região Sul do Brasil. A coleta de dados sobre as plantas medicinais utilizadas, destacando as plantas utilizadas pelo efeito anti-hipertensivo e para o tratamento e controle das dislipidemias, ocorreu entre janeiro e maio de 2009.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada[15], observação sistemática[16] das plantas com registro fotográfico e georreferenciamento, realizado pelo Sistema de Posicionamento Global (GPS). O georreferenciamento foi utilizado com o objetivo de identificar a localização das plantas pesquisadas, o que permite a outro pesquisador localizar geograficamente com exatidão determinada planta.

Foi realizada a coleta de exsicatas para algumas plantas medicinais. As plantas coletadas e fotografadas foram identificadas por um botânico, vinculado à Embrapa Clima Temperado.

Foram respeitados os princípios éticos de pesquisas com seres humanos. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (nº 072/2007).

Em relação à análise dos dados, as informações pertinentes ao conhecimento dos agricultores sobre as plantas medicinais utilizadas para o tratamento e o controle dessas patologias foram expostas em uma tabela e posteriormente comparadas com estudos farmacológicos e fitoquímicos.

RESULTADOS

Foram abordados 19 sujeitos, dentre os quais 16 (84%) eram do sexo feminino. Em relação à distribuição etária dos sujeitos, 8 (42,7%) encontravam-se entre 20 e 39 anos. Foram citadas nas entrevistas 196 plantas medicinais, entre nativas do Rio Grande do Sul e exóticas do Estado. Dessas, 6 foram indicadas para redução dos níveis de colesterol e 6 para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) (QUADRO 1).

A infusão foi a forma de preparo predominante. Quanto à localização, as plantas encontram-se em quintais, pomares, hortas, jardins e no campo, sendo que a maioria delas está próxima às residências dos agricultores. A maioria dos sujeitos referiu utilizar a folha da planta, com exceção da coronilha e do *Eucalyptus globulus,* para as quais utilizam a casca, e a da *Baccharis crispa*, da qual, além da folha, usam a flor.

Quanto ao velho-cidrão e a coronilha, não foi possível realizar o registro fotográfico ou coleta de exsicatas para posterior identificação, pois os entrevistados que as citaram não as tinham cultivadas em suas residências durante a coleta de dados.

DISCUSSÃO

Ao analisarmos o uso das plantas medicinais no cuidado à saúde, destacamos uma área na qual o enfermeiro pode qualificar-se, uma vez que essa prática está sendo estimulada pelo MS com a introdução das terapias complementares no SUS.[1] Nessa perspectiva, é necessário instrumentalizar-se por meio da revisão de estudos científicos confiáveis que possam embasar as informações e as necessidades de cuidado do usuário em relação ao uso das plantas medicinais de maneira complementar ao tratamento alopático.

Nesse sentido, buscamos estudos farmacológicos que comprovassem os efeitos das plantas medicinais citados pelos entrevistados. Encontramos para a *Artemisia absinthium* propriedades carminativa, diurética, colagoga, emenagoga, abortiva, anti-helmíntica e atividade antimalárica, além de estimular a secreção estomáquica, aumentar o volume biliar do suco pancreático e o fluxo salivar, bem como o peristaltismo intestinal.[3,17] Possui um composto chamado tujona, o qual pode levar a intoxicação crônica, causando disfunção cerebral com convulsões semelhantes à epilepsia, delírio e alucinações.[18]

Com relação à *Baccharis crispa*, não foram encontrados estudos de comprovação farmacológica, todavia para a *Baccharis trimera* foi comprovada atividade hipoglicêmica.[19]

A infusão das folhas do *Blepharocalyx salicifolius* mostra significativa atividade antibacteriana contra bactérias gram-positivas e gram-negativas, sendo que infusões de folhas secas mostraram maior atividade contra a *Escherichia Coli*.[20]

Um estudo realizado em ratos mostrou que a decocção das folhas do *Cymbopogon citratus* tem efeito hipotensor, diurético e anti-inflamatório.[21] Ensaios clínicos sobre a *Cynara scolymus* efetuados em humanos mostraram que o suco de suas folhas e os botões florais contêm uma substância chamada cinarina que provoca redução acentuada dos níveis do colesterol total, colesterol LDL, triglicerídeos e aumentam o colesterol HDL.[3]

QUADRO 1 – Plantas medicinais utilizadas pelos entrevistados para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e das dislipidemias. Pelotas-RS, Brasil – 2010

Nome científico	Família	Nome popular	Uso mencionado pelos entrevistados
Artemisia absinthium L.	Asteraceae	losna	Usada para reduzir os níveis de colesterol, diminuir a dor de estômago e como vermífugo.
Baccharis crispa Spreng.	Asteraceae	carqueja, capoeira-branca, carqueja-branca	Usada para diabetes, dado seu efeito hipoglicemiante, para reduzir os níveis de colesterol elevado, diminuir a dor de estômago, tratar a diarreia e eliminar gazes.
Blepharocalyx salicifolius kunth	Myrtaceae	murta	Utilizada para baixar e regular a pressão arterial sistêmica (PAS) no tratamento de problemas cardíacos e para emagrecer. Colocar no chimarrão.
Cymbopogon citratus Spreng	Poaceae	capim-cidrão, cidreira, cidrão, capim-cidreira, erva-cidreira	Usada como calmante, relaxante para dormir, e para baixar a PAS. Tomar no chimarrão.
Cynara scolymus L.	Asteraceae	alcachofra	No tratamento de problemas de estômago, para baixar os níveis de colesterol elevado. Compõe alguns elixires.
Eucalyptus globulus Labill	Myrtaceae	eucalipto-cidrão	Para reduzir os níveis de colesterol, tratar os sintomas da gripe, problemas respiratórios, sinusite, "chiado no peito" e como expectorante pulmonar. Compõe vários elixires.
Leandra australis (Cham.) Cogn.	Melastomataceae	pixirica	Utilizada no tratamento do diabetes, dado seu efeito hipoglicemiante, para reduzir os níveis de colesterol, no tratamento de problemas renais, respiratórios e para emagrecer.
Passiflora sp.	Passifloraceae	maracujá	Utilizado como calmante para dormir e para baixar a PAS.
Persea americana (Schltdl. & Cham.) S.F. Blake	Lauraceae	abacate	Usado para diminuir a PAS, no tratamento de problemas renais e infecções urinárias. Compõe alguns elixires.
Sechium edule (jacq.) Sw.	Cucurbitaceae	chuchu, chuchu-branco	Utilizado para baixar a PAS e tratar a infecção de garganta.
(*)		velho-cidrão	Para tratar níveis de colesterol elevado e sintomas da gripe.
(*)		coronilha	Usado para baixar a PAS.

(*) Não foi possível realizar a identificação taxonômica da planta.

Tanto o óleo essencial como o extrato aquoso das folhas do *Eucalyptus globulus* possuem atividade contra o *Staphylococcus aureus*, possuindo ação antibacteriana, atividade anti-HIV Rtase e anti-inflamatória.[3] Algumas plantas medicinais podem interagir com medicamentos sintéticos, alterando-lhes os efeitos[22] – por exemplo, o *E. globulus*, que, quando utilizado com sedativos, analgésicos e anestésicos, potencializa-lhes o efeito.[23]

Para a *Leandra australis* não foi encontrado nenhum estudo farmacológico. O extrato aquoso de *Passiflora edulis* produz um efeito sedativo hipnótico em humanos, mas também possui hepatotoxidade e pancreatotoxidade.[24] A *Passiflora caerulea* possui ação depressora do sistema nervoso central (SNC) e relaxante muscular.[3]

A Persea americana possui atividade anti-hipertensiva[25], porém outro estudo mostrou que o chá apenas provoca aumento no número diário de micções, não aumentando o volume urinário no mesmo período.[3]

O Sechium edule possui propriedade hipotensora, mas ainda não foi determinada a natureza do princípio ativo responsável por esse efeito.[26] Suspeita-se que seja pelo seu elevado teor de potássio.[3]

Ao utilizar uma planta medicinal, é necessário saber identificá-la, conhecer-lhe a composição química, as contraindicações, a dosagem adequada,[22] a via correta de administração e o horário em que foi colhida, uma vez que esses cuidados podem interferir no princípio ativo e, consequentemente, no efeito esperado. Quando

esses cuidados não são seguidos, o organismo pode ser prejudicado, como no caso da *A. absinthium* e da *P. edulis*.

Entre as 12 plantas medicinais citadas pelos entrevistados, apenas sobre 6 (*A. absinthium, C. citratus*, *C. scolymus, P. americana, P. edulis, S. edule*) foram encontrados estudos farmacológicos que comprovassem os efeitos associados à ação hipotensora e redução dos níveis de colesterol.

Os resultados mostraram que, apesar de os agricultores ecológicos estarem embasados no saber popular, ao utilizarem as plantas medicinais no cuidado à saúde, em 6 delas o efeito já foi confirmado por meio de estudos farmacológicos.

Cinco (*A. absinthium, C. scolymus*, *E. globulus*, *Passiflora* sp. e *P. americana*) plantas medicinais, entre as 12 referidas pelos agricultores ecológicos, fazem parte da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS)[27]. Estão presentes nessa relação 71 plantas, com o objetivo de orientar estudos que possam subsidiar a elaboração da relação de fitoterápicos a serem disponibilizados pelo MS para uso da população.

Entendemos que, diante do constatado, o enfermeiro deve buscar integrar o saber popular ao científico na realização do cuidado, desenvolvendo uma assistência integral que compreenda o contexto cultural no qual o indivíduo e sua família estão inseridos, realizando a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida[23] e o incentivo ao autocuidado. Em relação às plantas utilizadas, sem confirmação dos estudos farmacológicos, é função do enfermeiro comunicar essa lacuna do conhecimento e dialogar com os usuários sobre os cuidados que podem contribuir para normalizar os níveis tensionais da pressão arterial e das dislipidemias.

CONCLUSÃO

Consideramos importante a ampliação de pesquisas relacionadas aos princípios ativos das plantas medicinais, dada a ampla diversidade da flora em nosso país, uma vez que para algumas plantas citadas não foram encontrados estudos ou estes não avaliaram a ação referida pelos agricultores.

Este estudo nos possibilitou ampliar o conhecimento a respeito das plantas medicinais. Em razão de essa prática de cuidado à saúde ser muito utilizada pela população, evidencia-se a necessidade de os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, se capacitarem em relação à indicação correta das plantas medicinais aos usuários, para informar a população sobre seus benefícios e malefícios à saúde.

A enfermagem pode atuar na educação em saúde da população, proporcionando-lhe outras opções de tratamento além da alopatia, como o estímulo de hábitos saudáveis e o uso de plantas medicinais, contribuindo, com isso, para melhorar-lhe a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Souza ADZ, Rodrigues WF, Vanini M. Plantas medicinais utilizadas como calmantes por agricultores ecológicos da região Sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Enferm UFPE On Line. 2009; 3(4):253-60.

2. Lameira AO, Pinto JEBP. Plantas medicinais: do cultivo, manipulação e uso à recomendação popular. Belém (PA): Embrapa Amazônica Oriental; 2008.

3. Lorenzi H, Matos FJA. Plantas Medicinais no Brasil – Nativas e Exóticas. Nova Odessa (SP): Instituto Plantarum; 2008.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus* – Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV diretriz sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(I).

7. World Health Organization (WHO). Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva: WHO; 2005.

8. Duro LN, Assuncao MC, Costa JSD, Santos IS. Desempenho da solicitação do perfil lipídico entre os setores público e privado. Rev Saúde Pública. 2008; 42(1):82-8.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. [Citado 2009 jun. 13]. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37.

11. Kurebayashi LFS, Mecone MCC, Matos FGOA, Mendoza IY, Monteiro BA, Pinho PG, et al. Propostas de Emendas à lei Nº 7498/86, do Exercício Profissional de Enfermagem. REME Rev Min Enferm. 2008; 12(4):573-9.

12. Mendes AMC, Angelo M. Aprendendo sobre o sofrimento humano na situação de doença: A experiência de estudantes de enfermagem. REME Rev Min Enferm. 2008; 12(2):201-6.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HICITEC-ABRASCO; 2008.

14. Goodman LA. Snowball Sampling. Annals of Mathematical Statistics. 1961; (32):148-70. [Citado 2008 Ago 25]. Available fron: <http://projecteuclid.org/DPubS/Repository/1.0/Disseminate?view=body&id=pdf_1&handle=euclid.aoms/1177705148

15. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.

16. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

17. Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann G, Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR. Farmacognosia: da planta ao medicamento. 6ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC; 2007.

18. Schukz V, Hansel R, Tyler VE. Fitoterapia racional: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde. São Paulo: Manole Ltda; 2002.

19. Oliveira AC, Endringer DC, Amorim LA, Brandão GLM, Coelho MM. Effect of the extracts and fractions of *Baccharis trimera* and *Syzygium cumini* on glycaemia of diabetic and non-diabetic mice. J Ethnopharmacol. 2005; 102(3):465-9.

20. Limberger RP, Sobral MEG, Zuanazzi JAS, Moreno PRH, Schapoval EES, Henriques AT. Atividades biológicas e composição do óleo essencial de folhas de *Blepharocalyx salicifolius*. Pharm Biol. 2001; (39):308-11.

21. Carbajal D, Casaco A, Arruzazabala L, Gonzalez R, Tolon Z. Pharmacological study of *Cymbopogon citratus* leaves. J Ethnopharmacol. 1989; 25 (1):103-7.

22. Ceolin T. Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da Região Sul do Rio Grande do Sul [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009.

23. Torres AR, Oliveira RAG, Diniz MFFM, Araujo EC. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. Rev Bras Farmacogn. 2005; 15(4):373-80.

24. Maluf E, Barros HMT, Frochtengarten ML, Benti R, Leite JR. Assessment of the hypnotic/sedative effects and toxicity of *Passiflora edulis* aqueus extract in rodents and humans. Phytother Res. 1991; 5(6):262-6.

25. Lans CA. Ethnomedicines used in Trinidad and Tobago for urinary problems and diabetes *mellitus*. J Ethnobiol Ethnomed. 2006; (13):2-45.

26. Boorhem RL. Segredos e virtudes das Plantas Medicinais. Rio de Janeiro: Reader´s Digest Brasil Ltda; 1999.

27. Brasil. Ministério da Saúde. RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS [homepage na internet]. Agencia Brasil. [Citado 2010 abr. 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf.

Data de submissão: 19/1/2010
Data de aprovação: 2/8/2010

A CONTRIBUIÇAO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR: UM ENFOQUE SOBRE O ABSENTEÍSMO

THE CONTRIBUTION OF AN INFORMATION SYSTEM TO HEALTH SURVEILLANCE AT WORK: A FOCUS ON ABSENTEEISM

LA CONTRIBUICIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: UN ENFOQUE SOBRE EL AUSENTISMO

Samantha Reikdal Oliniski[1]
Leila Maria Mansano Sarquis[2]

RESUMO
O objetivo com este estudo foi avaliar a contribuição de um sistema de informações em um serviço ocupacional de uma empresa estatal para a vigilância à saúde do trabalhador. Para tal, foi selecionado um relatório gerado pelo sistema de informações da instituição, no qual são apresentados os dados relacionados aos afastamentos médicos. Com base nesse relatório, foram analisados os índices de absenteísmo da empresa, ou seja, índice de frequência e porcentagem de tempo perdido em 2007. Verificou-se que o relatório foi bastante útil na ordenação e na elaboração dos índices estudados e que o sistema de informações utilizado é uma ferramenta potencial para a equipe de saúde da instituição, para o levantamento de dados de saúde e morbidade dos trabalhadores e, consequentemente, contribui para o delineamento de ações de vigilância à saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Sistema de Informações; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Absenteísmo.

ABSTRACT
This research aimed to evaluate an information system used in a state company occupational unit and its contribution to health surveillance at work. A report containing data related to the workers' health certificate and generated by the company's information system was selected. Based on this report the absenteeism rates were analyzed i.e. the frequency rate and the percentage of working time lost during 2007. The report was found to be extremely valuable for the data organization, and the information system used in the company was a potential tool for the health team to provide data regarding health and morbidity amongst the workers. It contributes to delineate actions for health surveillance at work.

Key words: Occupational Health and Safety; Information Systems; Health Surveillance at Work; Absenteeism.

RESUMEN
Este estudio tuvo por objeto evaluar la contribución de un sistema de información en el departamento ocupacional de una empresa estatal para controlar la salud de los trabajadores. Para ello fue seleccionado un informe generado por el sistema de información de la institución que presenta los datos relacionados a las licencias médicas. En base a este informe fueron analizados los índices de ausentismo de la empresa, o sea, índice de frecuencia y porcentaje de tiempo perdido en 2007. Se verificó que el informe fue bastante útil para ordenar y elaborar los índices estudiados y que el sistema de información utilizado es una herramienta potencial para el equipo de salud de la institución pues sirve para relevar datos de salud y morbidez de los trabajadores y, consecuentemente, contribuye a delinear acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Salud de los Trabajadores; Sistemas de Información; Vigilancia de la Salud de los Trabajadores; Ausentismo.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Vice-gerente do Setor de Medicina e Segurança do Trabalho do Instituto de Tecnologia do Paraná.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
Endereço para correspondência: Rua José Casagrande, 233, Curitiba-PR. CEP: 0820-590. E-mail: saoliniski@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Dentre as ações relativas à saúde do trabalhador, a vigilância à saúde se destaca como a de maior relevância. Por meio dela são identificados os agravos, as doenças e os riscos à saúde do trabalhador; produzidos, divulgados e analisados os dados de investigação epidemiológica, bem como são identificados os assuntos relevantes para a implantação e a implementação de programas de saúde e segurança no trabalho.

A vigilância à saúde do trabalhador reúne duas áreas de atuação: vigilância em saúde e saúde do trabalhador. Trata-se de um processo no qual estão articuladas as ações de controle sanitário e epidemiológico voltadas para a promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores. Ela é um eixo fundamental para que as práticas voltadas para a saúde do trabalhador sejam consolidadas, de modo que os agravos provenientes da relação saúde-trabalho sejam antecipados, haja a prevenção e a promoção da saúde, bem como seja interrompido o ciclo processo/ambiente de trabalho-doença-morte no País.[1]

A vigilância à saúde do trabalhador é formada por três componentes estruturais[2]: tecnológico, epidemiológico e social. Dentre os componentes sociais, destacam-se a situação econômica, a organização e a conscientização dos trabalhadores; já as avaliações de riscos e tipo de tecnologia empregada em determinado processo produtivo se configuram como componentes tecnológicos; e, por fim, o componente epidemiológico é o articulador entre eles, uma vez que a

> epidemiologia organiza e relaciona as informações de saúde com o processo de trabalho; identifica, descreve e analisa características comuns e heterogêneas das repercussões sanitárias em distintos estratos de trabalhadores; e possibilita a construção de grupos estratificados segundo características comuns relacionadas ao processo de trabalho.[2:38]

Cabe ao enfermeiro do trabalho, nesse contexto, avaliar as condições de saúde, segurança e periculosidade dos ambientes de trabalho; a coleta e a análise de dados estatísticos de morbimortalidade da população trabalhadora; e o planejamento e a execução de programas de educação sanitária.[3] Para tal, o enfermeiro precisa congregar diferentes informações e dados, tais como identificação e mapeamento de riscos e exposições a agentes químicos, físicos, biológicos e ergonômicos; tipo e número de trabalhadores expostos; frequência, ocorrência, concentração e localização da exposição; número e causas de afastamentos e acidentes de trabalho; levantamento das doenças e agravos que acometem os trabalhadores; natureza e resultados dos exames ocupacionais.

Tendo em vista a complexidade e número de dados a analisar, algumas instituições estão adotando o uso de sistemas de informação em seus serviços de saúde ocupacional, os quais "congregam um conjunto de dados, informações e conhecimentos utilizados na área da saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde".[4:25]

Portanto, a utilização desses sistemas serve como uma ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde ocupacional, principalmente na vigilância à saúde do trabalhador, uma vez que permite o armazenamento de dados, a combinação e o gerenciamento das informações de saúde, doença e segurança dos trabalhadores, bem como auxilia na organização e estruturação do serviço de saúde.

Considerando essa perspectiva, desenvolveu-se esta pesquisa, com o objetivo de avaliar a contribuição de um sistema de informações em um serviço ocupacional de uma empresa estatal para a vigilância à saúde do trabalhador.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta é uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratório-descritiva. A opção por esse método de análise de dados se deve ao fato de ele permitir a observação, a descrição e a análise de um fenômeno, bem como explorar suas dimensões, o modo como se manifesta e como os componentes estão correlacionados.[5]

Na pesquisa exploratório-descritiva, o pesquisador "procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la".[6:69] Ela permite, além da descrição do fenômeno, o delineamento ou a análise das características desse fenômeno. Nesse tipo de pesquisa, empregam-se procedimentos de amostragem e a coleta de dados pode ser realizada mediante o uso de diferentes técnicas, como entrevistas, questionários e formulários.[7]

O local selecionado para este estudo foi uma empresa estatal prestadora de serviços na área de tecnologia e produtora de imunobiológicos, que possui em torno de 515 funcionários, 80 estagiários, 100 bolsistas e conta com apoio de 110 prestadores de serviço. Dentre suas áreas de atuação, destacam-se: a produção de imunobiológicos e *kits* de diagnóstico de uso veterinário; análises e ensaios tecnológicos de alimentos, como fertilizantes, pesticidas, medicamentos, materiais metálicos, microbiologia e toxicologia, química ambiental e industrial; metrologia; certificação de produtos e sistemas; inspeção veicular; extensão tecnológica; tecnologias sociais e educação tecnológica.

Em sua estrutura organizacional, a instituição está divida em três diretorias: administrativa, técnica e de produção. Com sede na Cidade Industrial de Curitiba (CIC), a empresa possui mais quatro unidades: um biotério em Araucária; uma unidade de Serviços em Maringá, um biotério em Jacarezinho e uma unidade de produção de antígenos e *kits* de diagnóstico de uso veterinário, laboratório de química fica e de controle da qualidade no bairro Juvevê em Curitiba. Na sede estão centralizados a maior parte dos serviços, setores administrativos e de apoio, e duas plantas de produção de vacinas.

Tal empresa utiliza um sistema de informações do tipo Enterprise Resource Planning (ERP), o qual se caracteriza como um pacote corporativo de sistema integrado com módulos específicos para cada setor ou atividade. Os módulos são interligados, de modo que as informações inseridas em um módulo são automaticamente repassadas e acessadas em outros módulos afins.

Analisou-se o módulo denominado "Medicina", utilizado pelos profissionais de saúde que constituem o serviço de saúde ocupacional da instituição, ou seja, uma enfermeira, um médico do trabalho e um médico clínico. Para a avaliação desse módulo, foi selecionado um dos relatórios gerado pelo sistema de informações. Esse relatório diz respeito aos atestados médicos apresentados pelos trabalhadores à empresa, os quais são registrados individualmente no prontuário eletrônico e lançados na folha ponto do colaborador. As informações contidas no relatório são obtidas dos campos preenchidos durante o registro dos atestados médicos e contemplam: matrícula, nome completo e setor em que o trabalhador atua; duração, data inicial e final e motivo do afastamento; nome do médico que forneceu o atestado e sua especialidade; e o local de atendimento.

Com base nas informações contidas no relatório, foi possível realizar um levantamento retrospectivo sobre a incidência de absenteísmo por doença, no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2007, ocorridos entre os trabalhadores da instituição. Nesse estudo, foi considerado absenteísmo por doença a ausência do trabalhador justificada por atestado médico expedido por profissional da instituição ou externo a esta. Destaque-se que não foram contabilizados os afastamentos relacionados à saúde com duração inferior a um dia de trabalho, uma vez que se referem a deslocamentos para a realização de acompanhamento de saúde, realização de exames laboratoriais, reconsulta ou tratamento fisioterapêutico. Foram considerados, para os fins deste estudo apenas os atestados médicos com duração entre um e quinze dias. Ao todo foram analisados os dados referentes a 701 atestados médicos, relativos a 225 trabalhadores das cinco unidades da empresa.

Os dados foram ordenados por meio do *software* Microsoft Office Excel/2003 e agrupados em tabelas (distribuição de frequência) e gráficos. As fórmulas utilizadas para os cálculos de índice de frequência (IF) e porcentagem de tempo perdido (PTP) foram:

$$IF = \frac{\text{nº atestados médicos no período}}{\text{nº de funcionários no período}}$$

$$PTP = \frac{\text{nº dias de trabalho perdido no período} \times 100}{\text{nº de funcionários no período} \times \text{nº de dias de trabalho do período}}$$

Em relação aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa, esta foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, bem como foi obtida a autorização do responsável pelo serviço de saúde ocupacional, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a obtenção do relatório, a análise dos dados e a divulgação dos resultados. Conforme estabelece a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,[8] destaque-se que foram respeitados o sigilo, o anonimato, a confidencialidade e a integralidade das informações obtidas, de modo que os princípios de beneficência, não maleficiência, autonomia, justiça e equidade foram preservados.

RESULTADOS

Ao analisar o absenteísmo, é necessário considerar as características de cada uma das unidades da empresa, seu respectivo quantitativo de pessoal e as atividades exercidas, pois esses elementos têm grande impacto no estado de saúde e no adoecimento dos trabalhadores.

De acordo com Moraes,[9] não há um valor ideal para cada índice avaliado; o importante é considerar a realidade da empresa e realizar comparações internas nos seus diferentes setores. No entanto, segundo o Subcomitê de Absenteísmo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho, o índice de frequência deve ficar em torno de 0,10 por mês e a porcentagem de tempo perdido não deve ser superior a 1,2%.

Com relação ao índice de frequência, observou-se que no quantitativo geral a empresa está inserida na média preconizada, apresentando um índice de 0,12. Conforme mostra a TAB. 1 a seguir, os meses em que houve maior número de afastamentos foram junho (IF= 0,16), março (IF= 0,15) e maio (IF = 0,14). Dezembro foi o mês com o menor número de afastamentos (IF=0,06), o que se justifica, por ser um período de festas e férias (TAB. 1).

Ao analisar isoladamente cada uma das unidades, a unidade de Araucária foi a que apresentou o índice de frequência mais elevado, 0,30, no acumulado do ano. Tal resultado indica que, na média, durante o ano de 2007, a cada 100 funcionários, 30 se afastaram do trabalho por motivo de doença. Com exceção dos meses de setembro e dezembro, que apresentaram, respectivamente, índices de 0,11 e 0,15, todos os meses apresentaram índices elevados de afastamentos por doença, variando de 0,23 a 0,42.

Esses resultados estão relacionados ao tipo de atividade realizada na unidade, a qual envolve força física e movimentos repetitivos. Além disso, há número de trabalhadores em quantidade inferior à demanda de trabalho, gerando, assim, acúmulo de atividades e sobrecarga de trabalho. O resultado é um círculo vicioso de afastamentos, em que os trabalhadores que estão sadios acabam, por causa desses fatores, adoecendo, surgindo, então, os afastamentos. Há, ainda, mais acúmulo e sobrecarga de trabalho para aqueles que permanecem na instituição, ocasionando o desgaste do trabalhador, que adoece e ocasiona novos afastamentos. Moraes[9:139] confirma essa perspectiva ao citar que o "absenteísmo por doença afeta o lucro e a produção das empresas, gerando aumento da atividade dos demais trabalhadores que têm que suprir a ausência do trabalhador afastado". (TAB. 2.)

TABELA 1 – Distribuição do quantitativo geral de afastamentos da instituição em estudo de acordo com o Índice de frequência no ano de 2007

Mês	N° atestados	N° funcionários no período	Índice fequência (IF)
JAN	53	511	0,10
FEV	47	509	0,09
MAR	74	510	0,15
ABR	57	511	0,11
MAI	73	508	0,14
JUN	82	505	0,16
JUL	59	503	0,12
AGO	68	507	0,13
SET	40	506	0,08
OUT	66	505	0,13
NOV	52	506	0,10
DEZ	30	506	0,6
Total	**701**	**6087**	**0,12**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

TABELA 2 – Distribuição dos afastamentos na unidade de Araucária da instituição em estudo de acordo com o Índice de frequência no ano de 2007

Mês	N° atestados	N° funcionários no período	Índice fequência (IF)
JAN	24	80	0,30
FEV	18	80	0,23
MAR	34	81	0,42
ABR	29	80	0,36
MAI	27	79	0,34
JUN	31	79	0,39
JUL	30	79	0,38
AGO	21	79	0,27
SET	12	79	0,15
OUT	31	79	0,39
NOV	20	79	0,25
DEZ	9	79	0,11
Total	**286**	**953**	**0,30**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As unidades CIC e Jacarezinho apresentaram resultados idênticos para o índice de frequência no somatório anual, 0,07, embora os ramos de atividades sejam notadamente diferentes. De acordo com esse índice, ambas as unidades se enquadram no parâmetro estabelecido pelo Subcomitê de Absenteísmo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho.

No entanto, é possível estabelecer uma comparação entre as unidades Araucária e Jacarezinho, uma vez que executam a mesma atividade. Assim, observam-se índices notadamente díspares entre as unidades. Enquanto Araucária é a que apresenta um índice de frequência mais elevado, a unidade Jacarezinho é a que tem os melhores índices. Os afastamentos em Jacarezinho, na maior parte do ano, tiveram um índice de frequência de 0,05, valor bem abaixo do parâmetro. Apenas no mês de setembro o índice de frequência dessa unidade foi de 0,26, justificada pelo sequência de atestados apresentados por um trabalhador em decorrência de um acidente de trabalho, que lhe ocasionou uma lesão no punho.

Uma explicação possível para essa discrepância entre unidades que executam a mesma tarefa é o volume de trabalho realizado em cada uma. Enquanto Araucária

respondeu por 80% da produção, Jacarezinho ficou apenas com 20%, quando deveria ficar com 25% a 30%, considerando-se a proporção entre o volume de trabalho e o quantitativo de pessoal. Além disso, houve aumento na meta da produção. Em 2007, Araucária produziu 6,5% a mais em relação a 2006, enquanto Jacarezinho diminuiu em 5,6% a produção nesse mesmo intervalo. Observa-se que o volume de trabalho teve impacto na condição de saúde-doença dos trabalhadores, pois com um nível de exigência maior de produção, houve modificação no ritmo e uma sobrecarga de trabalho para os colaboradores da unidade de Araucária, que acabaram por adoecer.

Ainda em relação ao índice de frequência, a unidade CIC foi a que apresentou o segundo melhor índice de frequência (IF= 0,07 no ano). Os meses de maio e junho foram os que apresentaram índices mais elevados (IF=0,11), embora com valores aceitáveis. Nos demais meses, o índice variou entre 0,05 e 0,09, com prevalência da taxa de 0,05 em cinco meses (janeiro, abril, julho, setembro e dezembro).

Já a unidade Juvevê apresentou um índice razoável (IF=0,14 no ano). Os meses do último quadrimestre do ano foram os que apresentaram melhores índices, variando de 0,05 a 0,09. No entanto, nesse mesmo período houve redução no número de trabalhadores nessa unidade, pois a planta de produção de vacina foi transferida para a unidade CIC. Os meses que apresentaram maior número de afastamentos foram agosto, junho e abril, com índices de frequência 0,26, 0,19 e 0,18, respectivamente.

Quanto ao outro índice avaliado, porcentagem de tempo perdido (PTP), verificou-se que, com exceção da unidade CIC, que obteve taxa anual igual a 0,93%, todas as unidades apresentaram índices superiores ao preconizado. Nas unidades Juvevê e Jacarezinho, o acumulado do ano foi de 2,05%, já em Araucária o valor total anual ficou em 4,10%. Esses valores elevados estão relacionados, principalmente, às áreas de produção da instituição.

No acumulado do ano, conforme aponta a TAB. 3, o bom índice da unidade CIC reduziu a porcentagem de tempo perdido na empresa, ficando em 1,63%, valor bem mais próximo do índice recomendado do que aqueles apresentados pelas unidades isoladamente.

A unidade de Araucária (TAB. 4) se destaca novamente dentre as unidades como a que deteve a porcentagem mais elevada, ou seja, foi o local em que mais dias de trabalho foram perdidos por causa da doença. Por outro lado, neste mesmo local foi implantado entre março e abril de 2007 o programa de ginástica laboral e uma clínica de fisioterapia para prestação de atendimento fisioterapêutico. Tal medida buscou não apenas a redução dos afastamentos e dias de trabalho perdidos, mas, principalmente, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Com isso, é possível observar a partir de julho uma redução significativa na porcentagem de dias de trabalho perdidos pelos trabalhadores. Ao se tomar por base apenas os últimos seis meses do ano, a PTP semestral ficaria em 2,15%, o que corresponde a uma redução de 35% na taxa quando comparada com o primeiro semestre do ano.

A unidade CIC, como mencionado, foi a que apresentou melhores taxas com relação à PTP, ou seja, foi a que deteve o menor número de dias de trabalho perdidos por causa da doença. Apenas nos meses de maio e junho houve índices superiores ao preconizado – 1,92% e 1,39%, respectivamente. Nos demais meses, a taxa variou entre 0,30% e 1,2%, com valor médio de 0,78% por mês. A unidade Juvevê apresentou índices variados ao longo do ano, com taxas elevadas nos meses de outubro (PTP=3,65%), fevereiro (PTP=3,35%) e dezembro (PTP=2,88%) e bons índices nos meses de novembro (PTP=0,27%), abril (PTP=0,75%) e setembro (PTP=1,34%).

TABELA 3 – Distribuição do quantitativo geral de afastamentos da instituição em estudo de acordo com a porcentagem de tempo perdido no ano de 2007

Mês	N° dias perdidos	N° funcionários no período	N° dias trabalhados	Porcentagem tempo perdido
JAN	125	511	21	1,16
FEV	169	509	17	1,95
MAR	250	510	22	2,23
ABR	215	511	20	2,10
MAI	269	508	22	2,41
JUN	229	505	20	2,27
JUL	166	503	22	1,50
AGO	141	507	23	1,21
SET	137	506	20	1,35
OUT	135	505	22	1,22
NOV	126	506	20	1,25
DEZ	76	506	18	0,83
Total	**2038**	**507**	**247**	**1,63**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

TABELA 4 – Distribuição dos afastamentos da unidade de Araucária da instituição em estudo de acordo com a porcentagem de tempo perdido no ano de 2007

Mês	N° dias perdidos	N° funcionários no período	N° dias trabalhados	Porcentagem tempo perdido
JAN	68	80	21	4,05
FEV	62	80	17	4,56
MAR	145	81	22	8,14
ABR	138	80	20	8,63
MAI	83	79	22	4,78
JUN	96	79	20	6,08
JUL	65	79	22	3,74
AGO	45	79	23	2,48
SET	14	79	20	0,89
OUT	43	79	22	2,47
NOV	31	79	20	1,96
DEZ	14	79	18	0,98
TOTAL	**804**	**79**	**247**	**4,10**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Por fim, Jacarezinho, que no geral obteve bons índices durante o ano, uma vez que por três meses a taxa foi de 0%, correspondente aos meses de abril, junho e outubro, e variou de 0,29% a 0,79% em outros cinco meses. Apenas os meses de março (PTP=4,64%), julho (PTP=3,83%), agosto (PTP=3,66%) e setembro (PTP=9,47%) apresentaram índices elevados. Esses resultados se devem a afastamentos de oito a quinze dias de um mesmo colaborador durante o mês. No mês de setembro, dois colaboradores apresentaram atestados com afastamento de oito e vinte dias, respectivamente. O fato de o número de efetivo de pessoal ser menor do que nas demais unidades (contam com aproximadamente 20 colaboradores), quando um trabalhador se ausenta do trabalho, esse afastamento por doença geralmente é por um período intermediário de sete a quinze dias, o que gera aumento significativo na porcentagem de tempo perdido. Assim, observa-se que apesar de não serem frequentes os afastamentos por doença nesta unidade, quando ocorrem, requererem atenção da equipe de saúde e muitas vezes o encaminhamento ao INSS para habilitação do auxílio doença.

Além desses índices, o relatório utilizado para o levantamento de dados permitiu a obtenção de outras tabelas e gráficos que complementam a avaliação do absenteísmo por doença na instituição em estudo, tais como a duração em dias e os motivos dos afastamentos, tipo de atendimento (interno ou externo) e especialidade médica buscada pelos trabalhadores para atenção à sua saúde.

A TAB. 5 mostra que a maior parte dos afastamentos por doença na instituição pesquisada é de curta duração. Aproximadamente 87% dos afastamentos se concentram no intervalo entre um e cinco dias, sendo que o afastamento de um dia corresponde a 58,9%, o de dois dias a 16,12% e o de três dias a 7,13% do total. Outras faixas que apresentam número significativo de afastamento são as de quinze e sete dias, com respectivos percentuais de 7 e 2,6%.

Uma porcentagem moderada de atestados de quinze dias é de certo modo esperada nas empresas, pois geralmente precedem afastamentos de longa duração. De acordo com a atual legislação previdenciária, a empresa deve arcar com o ônus dos quinze primeiros dias de afastamento do trabalhador por doença; na sequência, caso haja necessidade de um período maior para restabelecimento da saúde, será requerido ao INSS o benefício auxílio doença. Assim, quando o afastamento é de longa duração, os médicos têm por hábito emitir um atestado de quinze dias (o qual o colaborador entrega na empresa) e também o laudo médico solicitando o benefício previdenciário (apresentado pelo trabalhador ao INSS). Com relação aos afastamentos de sete dias de duração, pode-se dizer que estão relacionados a moléstias que necessitam de período intermediário de tempo para recuperação, dentre elas, por exemplo, as conjuntivites e infecções virais.

Com relação ao tipo de atendimento que gerou afastamento do trabalhador, verificou-se que 93,2% ocorreram fora da instituição, ou seja, foram gerados por médicos externos à instituição, em grande parte associados da cooperativa que administra o plano de saúde oferecido pela empresa aos seus colaboradores. Apenas 6,8% dos afastamentos foram concedidos pelos médicos internos.

TABELA 5 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos da instituição em estudo de acordo com o número de dias de afastamento no ano de 2007

N° dias afastamento	Frequência	Í%
1	413	58,9
2	113	16,1
3	50	7,1
4	12	1,7
5	22	3,1
6	1	0,1
7	18	2,6
8	8	1,1
9	3	0,4
10	7	1,0
11	1	0,1
12	2	0,3
13	-	-
14	2	0,3
15	49	7,0
TOTAL	**701**	**100**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ainda com relação ao tipo de atendimento buscado pelos trabalhadores, conforme a TAB. 6, observou-se que a unidade de Araucária foi a que apresentou maior número de atestados externos (41,5%), seguida pela CIC (38,9%). Esses índices estão diretamente associados à quantidade de atestados apresentados por cada unidade e seu respectivo quantitativo de pessoal, uma vez que as porcentagens estão relacionadas ao montante total de atestados.

Quanto aos afastamentos gerados pelos médicos da empresa, a unidade CIC foi a que apresentou maior porcentagem, 58,3, seguida por Araucária, com 31,3%. Esses dados refletem o cronograma de atendimento da equipe de saúde da instituição nas diferentes unidades, ou seja, os médicos atendem durante três dias da semana na unidade CIC e apenas um dia nas unidades Juvevê e Araucária. Em Jacarezinho, o atendimento é realizado anualmente, durante o exame médico periódico; fora disso, os colaboradores recorrem aos médicos do convênio de saúde que atuam na cidade ou em regiões próximas. Desse modo, espera-se que haja mais atestados emitidos pelos profissionais da instituição nos locais em que há maior disponibilidade da equipe de saúde e também número de colaboradores.

Outro dado obtido com base no relatório do sistema de informações da empresa foi o absenteísmo com relação ao ramo de atividade exercida na empresa. A instituição em estudo tem dois grandes ramos de atuação: técnico e produção. As atividades relativas à área técnica dizem respeito a análises e ensaios químicos

TABELA 6 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos da instituição em estudo de acordo com a unidade e tipo de atendimento médico no ano de 2007

Unidade	Tipo de atendimento			
	Interno		Externo	
	f	%	f	%
CIC	28	58,3	254	38,9
Araucária	15	31,3	271	41,5
Juvevê	5	10,4	112	17,2
Jacarezinho	-	-	16	2,5
TOTAL	**48**	**100**	**653**	**100**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

e físicos de alimentos, fertilizantes e calcáreos, pesticidas, química ambiental e industrial, medicamentos, materiais metálicos e também ensaios mecânicos, microbiológicos e toxicológicos; além de atividades de pesquisa de biocombustíveis, educação e extensão tecnológica, inspeção veicular, metrologia e calibração elétrica, mecânica, eletroanalítica e volumétrica.

Na área de produção estão as plantas produção de vacinas (antirrábica de uso veterinário e proteína monomérica antitetânica), os biotérios de Araucária e Jacarezinho, a divisão de antígenos que produz *kits* de diagnóstico veterinário, divisão de química fina e o laboratório de controle da qualidade. Somam-se a essas as atividades administrativas e de apoio realizadas na empresa, que correspondem aos setores de administração de pessoas e benefícios; orçamento, contabilidade, financeiro e tesouraria; compras e suprimentos; informática; capacitação de pessoas; medicina e segurança do trabalho; serviço social; engenharia; atendimento ao cliente; licitação; manutenção, serviços gerais e diretorias.

Dessa forma, pode-se dizer que a empresa possui três ramos de atividade: técnica, produção e administrativa. Para fins deste estudo, os setores em que se executam atividades de apoio e em que o risco predominante é o ergonômico foram considerados como pertencentes à área administrativa. Essas considerações são importantes para a análise e a compreensão do GRÁF. 1, na qual aponta-se a relação entre os ramos de atividade da empresa e os afastamentos por doença.

Por meio do gráfico, é possível apreender que a maior parte dos afastamentos está relacionada à área de produção da empresa, seguida pela área técnica e, por fim, pela administrativa, dados que corroboram os índices anteriormente apresentados. Esse fato requer especial atenção ao se considerar que o número de trabalhadores de cada área é relativamente igual. Assim, percebe-se que a área de produção requer ações e intervenções por parte da equipe de saúde, bem como pelos gestores da instituição.

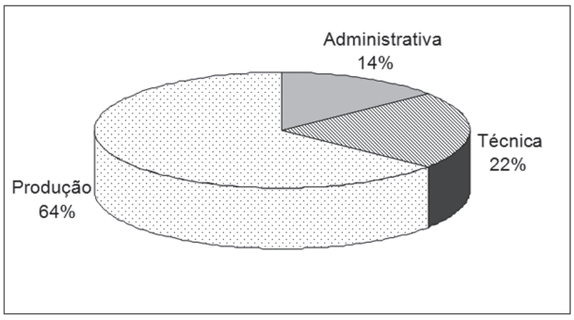

GRÁFICO 1 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos com relação ao ramo de atividade da empresa em estudo, 2007

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Outra análise realizada com base no relatório em estudo foi o levantamento de quais afecções geraram afastamentos nos trabalhadores da empresa. Para a obtenção desse dado, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID 10), constante nos atestados médicos. Ressalte-se que a empresa não obriga a apresentação de atestados médicos com CID, conforme determina a Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina,[10] porém muitos trazem essa informação. Para a vigilância à saúde do trabalhador, essa é uma informação extremamente relevante, pois permite que se avalie o perfil de morbidade dos trabalhadores. Na TAB. 7 são apresentados tais dados.

Para composição desta tabela, foram incluídas três classes que não constam da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde: sem diagnóstico, que representa os atestados médicos que não constam dessa informação; acompanhamento de dependente, relativo aos afastamentos em que o trabalhador esteve acompanhando algum familiar em atendimento de saúde; e realização de exames complementares, que se refere a declarações e atestados médicos emitidos por profissionais que atuam em serviços de apoio diagnóstico. Nesta última classe estão os exames complementares que necessitam de preparo prévio ou são feitos sob anestesia, os quais resultam, geralmente, em um dia completo de afastamento, tais como endoscopia digestiva, colonoscopia e exames pré-anestésicos.

Ao se analisar o perfil geral de morbidade da empresa, observa-se que a maior parte dos afastamentos não contém o diagnóstico médico do problema de saúde que o gerou (32,93%). Dentre as causas apontadas pelo diagnóstico CID 10 as doenças dos tecidos osteomuscular e conjuntivo são as que apresentam maior prevalência, com 17,74% do total. Em seguida, estão as doenças respiratórias, com 9,95% , e as lesões por causas externas, com 6,59%.

Quando se considera a duração do afastamento, percebe-se uma variação no perfil de morbidade. As afecções mais comuns no período de um a cinco dias estão mais distribuídas entre as classes, havendo a predominância para as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (13,79%), doenças do aparelho respiratório (11,25%), doenças do sistema digestivo (5,86%) e lesões por causas externas (4,6%).

Já no período de seis a dez dias, as doenças do sistema osteomuscular representam 42,86% dos afastamentos, seguidas por lesões por causas externas, com 12,24%, afastamento sem diagnóstico com 10,20%, transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho circulatório, ambas com 6,12%. Por fim, nos afastamentos com a duração de onze a quinze dias, as maiores taxas são encontradas nas doenças osteomusculares (37,50%), lesões por causas externas (21,88%), doenças circulatórias (10,94%) e doenças do aparelho digestivo (7,81%).

Apesar de haver a predominância das afecções relacionadas aos tecidos osteomuscular e conjuntivo, observa-se que há uma diferença quando se considera a

TABELA 7 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos por doença da instituição em estudo segundo diagnósticos de saúde (CID 10) no ano de 2007

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde	Afastamento em dias							
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sem diagnóstico	237	37,56	5	10,20	3	4,69	245	32,93
Acompanhamento de dependente	8	1,27	-	-	-	-	8	1,08
Realização de exames complementares	19	3,01	-	-	-	-	19	2,55
Doenças infecciosas e parasitárias	13	2,06	1	2,04	-	-	14	1,88
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	-	-	1	2,04	2	3,13	3	0,40
Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas	1	0,16	-	-	-	-	1	0,13
Transtornos mentais e comportamentais	10	1,58	3	6,12	2	3,13	15	2,02
Doenças do sistema nervoso	8	1,27	-	-	-	-	8	1,08
Doenças do olho e anexos	17	2,69	1	2,04	2	3,13	20	2,69
Doenças do ouvido e apófise mastóide	6	0,95	-	-	-	-	6	0,81
Doenças do aparelho circulatório	21	3,33	3	6,12	7	10,94	31	4,17
Doenças do aparelho respiratório	71	11,25	2	4,08	1	1,56	74	9,95
Doenças do aparelho digestivo	37	5,86	-	-	5	7,81	42	5,65
Doenças da pele e tecido subcutâneo	3	0,48	1	2,04	-	-	4	0,54
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	87	13,79	21	42,86	24	37,50	132	17,74
Doenças do aparelho geniturinário	16	2,54	2	4,08	-	-	18	2,42
Sintomas, sinais e achados anormais	27	4,28	2	4,08	2	3,13	31	4,17
Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas	29	4,60	6	12,24	14	21,88	49	6,59
Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0,16	-	-	-	-	1	0,13
Fatores que influenciam estado de saúde e contato com serviços de saúde	20	3,17	1	2,04	2	3,13	23	3,9
TOTAL	**631**	**100**	**49**	**100**	**64**	**100**	**744**	**100**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

duração dos afastamentos. Os afastamentos de média e longa duração são mais frequentes, com taxas de 42,86% no período de seis a dez dias, e 37,5% de onze a quinze dias. Já os afastamentos de curta duração correspondem a 13,79% dos afastamentos. Assim, pode-se dizer que a maior parte dos problemas de saúde relacionados a essa classe necessita de um afastamento de médio e longo prazos de recuperação. Indica também que é a primeira causa que leva à habilitação de auxílio doença na empresa.

Ao se considerar cada unidade da empresa, o perfil de morbidade também se modifica. Dentre as unidades, a CIC é a que apresenta um padrão mais disperso entre as classes de diagnóstico. No quadro geral, a primeira causa diagnosticada de afastamento são as doenças do aparelho respiratório, com 10,20%; a segunda, as doenças do sistema osteomuscular, com 7,82%; a terceira, doenças do olho e anexos, com 4,76%; e a quarta, os transtornos mentais, com 4,42%. Por ser uma unidade em que atuam os três ramos de atividade da empresa (administrativa, técnica e produção), é de se esperar que o perfil de morbidade congregue, também, diferentes moléstias.

Ainda com relação a essa unidade, os afastamentos mais comuns no período de um a cinco dias foram ocasionados por doenças respiratórias (11,46%),

doenças osteomusculares (5,14%) e doenças oculares (4,74%). No intervalo de seis a dez dias, as doenças mais comuns estavam relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (20%), doenças do aparelho circulatório e do sistema osteomuscular (ambas com 13,33%). Entre onze e quinze dias, os afastamentos estavam associados (30,77%) a doenças osteomusculares, 19,23% a lesões por causas externas e 15,38% a doenças circulatórias. Um dado que diferencia essa das demais unidades são os transtornos mentais e do comportamento e as doenças oculares.

As unidades Araucária, Jacarezinho e Juvevê, que estão diretamente vinculadas à atividade de produção, tiveram, predominantemente, o afastamento por doença associado ao sistema osteomuscular. Em Araucária, apenas os afastamentos com duração entre um e cinco dias tiveram prevalência de outras afecções, dentre elas doenças do aparelho circulatório, com 12,64%, e as classes sinais, sintomas e achados anormais, e lesões, envenenamento e algumas consequências por causas externas, ambas com 5,36%. Nos afastamentos de seis a dez dias de afastamento e onze e quinze dias, predominaram as doenças osteomusculares, com taxas de 72% e 52%, respectivamente.

Na unidade Juvevê, no quadro geral, 13,22% dos afastamentos decorreram de problemas osteomusculares, 12,40% a lesões por causas externas e 8,26% por doenças respiratórias. Destaca-se que 50% dos afastamentos entre onze e quinze dias foram decorrentes de lesões por causas externas e 20% por doenças do sistema osteomuscular.

Em Jacarezinho, as doenças do aparelho geniturinário corresponderam a 27,78% do quadro geral de afastamentos, no entanto estão relacionados, predominantemente, a afastamento de curta duração (um a cinco dias). As lesões por causas externas perfizeram 80% dos afastamentos de seis a dez dias.

O perfil de morbidade da empresa, portanto, indica que a prevenção de acidentes e doenças, bem como a promoção da saúde devem iniciar-se pela adoção de medidas ergonômicas, de modo a reduzir os afastamentos por doenças osteomusculares. Além disso, as causas externas e os problemas respiratórios também devem ser enfocados. Na unidade CIC, os transtornos mentais e comportamentais devem ainda ser alvo de as ações voltadas para prevenção, acompanhamento e tratamento, o que pode requerer medidas tanto administrativas quanto de saúde.

O último dado levantado com base no relatório em estudo refere-se à especialidade médica buscada pelos trabalhadores para atendimento de sua saúde. A clínica médica foi a especialidade mais buscada pelos trabalhadores da empresa (51%), seguida pela ortopedia (13%) e pela medicina do trabalho (5%). A procura pelo médico generalista certamente está associada aos afastamentos de curta duração, nos quais os trabalhadores se ausentam para investigação de um problema específico de saúde ou para um *check-up*. Já a busca pelo ortopedista reflete os problemas de saúde mais comuns encontrados na instituição: as doenças osteomusculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do levantamento dos afastamentos médicos apresentados pelos trabalhadores foi possível estabelecer os índices de absenteísmo na empresa, bem como avaliar a contribuição do sistema de informações utilizado no setor de saúde ocupacional para a vigilância à saúde do trabalhador.

Durante a geração do relatório para a análise do sistema de informações, algumas dificuldades foram encontradas. Uma delas foi com relação ao filtro do relatório, que, apesar de permitir a seleção de diferentes informações, tais como atestados médicos apresentados por um único trabalhador, unidade de trabalho, setor, período, médico atendente, no momento de coleta de dados não foi possível a seleção por período. Dessa forma, foi gerado o relatório com as informações armazenadas desde a implantação do sistema, e não apenas durante o ano de 2007, intervalo de tempo estipulado para este estudo.

Outra dificuldade foi a distinção entre atestados internos e externos, os quais possuem relatórios distintos, porém não contêm as mesmas informações. O relatório de atestados internos contém número menor de informações em relação ao de atestados externos.

Percebeu-se, também, que o preenchimento dos campos relacionados aos afastamentos não está uniforme, ou seja, embora as pessoas responsáveis por essa atividade tenham recebido treinamento, há variações na forma de preenchimento. De acordo com quem faz o registro do atestado, algumas informações são incluídas ou não. Isso prejudica a avaliação ao se realizar o levantamento estatístico e epidemiológico dos dados.

Tais situações, embora tenham dificultado em alguns aspectos o levantamento de informações, não impossibilitaram o estudo. Além disso, acredita-se que estas dificuldades possam ser facilmente contornadas com adoção de medidas simples, como novo treinamento para a equipe que faz o registro dos atestados médicos, solicitação de correção do filtro e complementação do relatório de atestados internos pela equipe que presta suporte ao sistema.

De modo geral, o sistema de informações foi bastante útil na geração de dados para a avaliação dos índices de absenteísmo. Permitiu de maneira ordenada e prática o levantamento dos atestados médicos apresentados individualmente pelos trabalhadores, em suas respectivas unidades de trabalho. Portanto, contribuiu para elaboração de dados epidemiológicos relacionados ao absenteísmo e, consequentemente, à vigilância em saúde do trabalhador.

Os sistemas de informação utilizados em Saúde Ocupacional devem ser organizados como instrumento

de apoio à gestão de um sistema de saúde ou de unidades de serviço, "produzindo informações que possibilitem a tomada de decisões, o acompanhamento ou o controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas e a avaliação do impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial do trabalhador".[11:221] Como aponta o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná[12], a informação sobre a ocorrência de agravos à saúde dos trabalhadores é ferramenta indispensável para o planejamento e avaliação das ações na área de Saúde do Trabalhador. Além disso, "a estrutura tradicional e arcaica de armazenamento de dados no setor saúde precisa ser superada e substituída por inovações capazes de gerenciar dados e informações de forma ágil e segura".[13:49]

Sugere-se, então, que a equipe de saúde da instituição explore ainda mais o sistema de informações disponibilizado, uma vez que este congrega diversas informações a respeito do histórico ocupacional do trabalhador, tais como exames complementares, vacinações, consultas e atendimentos prestados pela equipe de saúde, Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, dentre outras. Desse modo, o uso desse sistema se apresenta como uma ferramenta em potencial para a vigilância à saúde do trabalhador, permitindo a geração de relatórios, tabelas e gráficos de modo a facilitar o levantamento de dados pelos profissionais de saúde que subsidiem ações de promoção da saúde, controle de fatores de risco e doenças presentes no ambiente de trabalho. Conclui-se, portanto, que o sistema de informações em saúde em estudo constitui um instrumento valioso a ser potencialmente utilizado pelos profissionais de saúde da instituição no processo de vigilância à saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001. 580 p.

2. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad Saúde Pública. 1997; 13(Supl 2):33-45.

3. Lucas AJ. O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional. São Paulo: látria; 2004.

4. Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. Journal of Health Informatics. 2010; 2(1):25-8.

5. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

6. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

7. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS; 1996.

9. Moraes MVG. Enfermagem do trabalho: programas, procedimentos e técnicas. São Paulo: látria; 2007.

10. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.658 de 13 de dezembro de 2002. Brasília: CFM; 2002.

11. Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional. Acta Paul Enferm. 2006; 19(2):218-27.

12. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de saúde do trabalhador. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2002.

13. Cavalcante RB, Brito MJM, Evora YDM, Veridiano AG. Sistema de informação em saúde e o cotidiano de trabalho de profissionais de unidades de terapia intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte. REME Rev Min Enferm. 2009; 13(4):467-73.

Data de submissão: 12/5/2010
Data de aprovação: 3/10/2010

A ARTICULAÇÃO DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS COMUNIDADES LOCAIS*

ARTICULATION OF WORKERS IN FAMILY HEALTH AND THE LOCAL COMMUNITIES

ARTICULACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA Y DE LAS COMUNIDADES LOCALES

Sibele da Rocha Martins[1]
Marta Regina Cezar-Vaz[2]

RESUMO

Promover melhores condições de saúde e vida para a população é um compromisso dos profissionais que trabalham na estratégia de Saúde da Família. Desenvolver um trabalho articulado com as famílias é fundamental, pois elas passam a ser objeto da atenção entendida no ambiente em que vivem, em seus múltiplos espaços de relações. Assim, com este estudo teve-se como objetivo compreender como ocorre a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com as comunidades de abrangência do seu trabalho. Trata-se de um estudo qualitativo que se originou de um banco de dados, montado pelos pesquisadores do LAMSA, por meio de entrevistas semiestruturadas com 74 trabalhadores das 20 equipes de Saúde da Família que o município possuía no período da coleta de dados. Foram analisados três subtemas: A articulação do trabalho na comunidade; As atividades utilizadas pela equipe para articular o trabalho; A finalidade da articulação do trabalhador com a comunidade. A articulação ocorre com os moradores assistidos em seus domicílios, ou que procuram a unidade de saúde, e nos espaços comunitários, como rádios, igrejas, dentre outros. As atividades utilizadas para a articulação são as consultas e os procedimentos ambulatoriais, além das visitas, grupos, reuniões e atividades de lazer. A finalidade com essa articulação é promover a saúde, educar para a saúde e criar vínculo. Conclui-se que os trabalhadores das equipes de Saúde da Família têm buscado promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das famílias sob sua responsabilidade mediante o atendimento das necessidades de saúde das comunidades.

Palavras-chave: Saúde da Família; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Vínculo.

ABSTRACT

The promotion of the population's health and living conditions is a commitment made by professionals that work with Family Health Care. It is fundamental to build up an interconnected work with the families since healthcare encompasses their environment and their many relationship areas. Therefore, this paper aims at comprehending how the work implemented by family health teams is articulated in local communities. This quantitative study derived from a database whose facts were collected by LAMSA's professionals in semi-structured interviews with 74 workers who take part in 20 family health teams in a city South of Brazil. We analyzed three sub themes: the work organization in the community, the activities engaged by the health team to structure the work, the purpose of the cooperative work between members of the staff and the community. Articulation happens when people are visited at home or when they go directly to the health care unity and in mutual spaces such as radio stations, churches and others. The activities employed are doctors' appointments, clinical procedures, as well as visits, meetings, and leisure activities. The objective of such joint actions is to promote health and to improve the quality of life of families under the staff responsibility by focusing on the community health needs.

Key words: Family Health; Health Promotion; Health Education; Ties.

RESUMEN

Los profesionales que trabajan con la estrategia Salud de la Familia tienen el compromiso de promocionar mejores condiciones de salud y vida para la población. Es fundamental desarrollar un trabajo articulado con las familias pues ellas pasan a ser objeto de la atención entendida a partir del ambiente en que viven, en sus múltiples espacios y relaciones. Luego, este estudio tuvo como objetivo comprender como ocurre la articulación del trabajo llevado a cabo por los equipos de Salud de la Familia con las comunidades locales. Se trata de un estudio cualitativo que se originó de un banco de datos elaborado por los investigadores del LAMSA, por medio de entrevistas semiestructuradas con 74 trabajadores de los 20 equipos de salud de la familia que tenía el municipio en el período de la recogida de datos. Se analizaron tres subdivisiones: articulación del trabajo en la comunidad; actividades utilizadas por el equipo para la articulación del trabajo y finalidad de la articulación del trabajador con la comunidad. Se observó que la articulación ocurre con

* Estudo proveniente da pesquisa intitulada "Promoção da Saúde e Educação Ambiental não formal: um estudo com trabalhadores das equipes de Saúde da Família e as comunidades locais".

[1] Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora da Escola de Enfermagem da mesma instituição.

[2] Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
Endereço para correspondência – Rua República de Cuba, 368, bairro Buchoolz. Rio Grande-RS. CEP: 96.212-060. E-mail: sibele_martins@vetorial.net.

los habitantes atendidos en sus domicilios o que buscaron el centro de salud y en los espacios comunitarios como radios e iglesias, entre otros. Las actividades utilizadas para la articulación fueron las consultas y los procedimientos de ambulatorio, a parte de las visitas, grupos, reuniones y actividades de ocio. La finalidad de esta articulación es promover la salud, educar en salud y crear un vínculo. Concluimos que el trabajo de los equipos de salud familiar, con acciones dirigidas a los individuos y a la comunidad, intenta promover la salud y mejorar la calidad de vida de las familias bajo su responsabilidad atendiendo a las necesidades de salud de las comunidades.

Palabras clave: Salud de la Familia; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Vínculo.

INTRODUÇÃO

A construção da estratégia de Saúde da Família surgiu no Brasil para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população, mediante um novo modelo de atenção à saúde, pensado para reorganizar as políticas de saúde no país e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de superar a prática tradicional de assistência à saúde estritamente voltada para as ações individuais, centrada na figura do médico e da medicalização, a estratégia incorporou recursos humanos e tecnológicos capazes de provocar mudanças, "ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para junto à comunidade".[1:114]

A comunidade, então, foco das ações da estratégia, é entendida nesse contexto como um território delimitado, no qual suas famílias (adscritas) são cadastradas e acompanhadas por profissionais capacitados para o planejamento conjunto de atividades que prevê não somente cuidar do indivíduo, mas da família.[2] O objetivo desses profissionais, ao atenderem as famílias na comunidade, é não tratar apenas a doença, mas prevenir os riscos dela decorrentes e, principalmente, promover a saúde por meio da interação, das experiências compartilhadas e do diálogo com as famílias, objetivando sempre uma vida mais saudável.

Promover melhores condições de saúde e de vida para a comunidade é um compromisso dos profissionais que trabalham na estratégia. As ações desenvolvidas exigem de cada profissional mais atenção às reais condições de vida da população sob sua responsabilidade, pois trata-se de uma população que está inserida em uma comunidade com características ambientais e de saúde específicas. Ao planejar suas ações, a equipe deve levar em consideração essas características, além de ser criativa e ter iniciativa no desenvolvimento do trabalho, estendendo suas ações para fora dos muros da Unidade, o que facilita a percepção das necessidades das famílias[3] e proporciona o desenvolvimento de um trabalho integrado com a comunidade mediante a conscientização sobre as medidas de prevenção e higiene, importância da igualdade de oportunidades com relação ao trabalho, à cultura e ao lazer, bem como a valorização da participação da comunidade nas decisões locais.

Desenvolver um trabalho articulado com as famílias é fundamental, pois elas passam a ser objeto da atenção no ambiente em que vivem, em seus múltiplos espaços de relações. Sendo assim, a questão que norteia este estudo foi: Como se dá a articulação dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família com as famílias residentes na zona adscrita a unidade básica? O objetivo com este estudo foi compreender a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com a comunidade de abrangência do seu trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que se originou de um banco de dados montado pelos pesquisadores do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), por meio de entrevistas semiestruturadas, para o macroprojeto de pesquisa "Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção à Saúde da Família: uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde".

Os dados foram coletados na Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), sendo selecionado, para esta etapa do estudo, o município de Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul, por ser o mais antigo (maio/1998) da 3ª CRS/RS em adesão à estratégia de Saúde da Família.

Selecionou-se um profissional de cada uma das categorias de trabalhadores (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem) das 20 equipes de Saúde da Família que o município possuía em 2006, período em que os dados foram coletados, totalizando 80 sujeitos. Alguns critérios contextuais e representativos serviram de orientação para a escolha desses profissionais, ou seja, o tempo de atuação de cada um dos trabalhadores nas equipes de Saúde da Família deveria ser de no mínimo seis meses, e, nas categorias com mais de um profissional (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), os participantes foram selecionados por sorteio simples.[4]

Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (Protocolo CEPAS-FURG nº 02/2004) e da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde – 3ª CRS (Ofício nº 1299) –, responsável pela coordenação regional das equipes da estratégia de Saúde da Família.[4] Respeitando as diretrizes e normas que regulam as pesquisas com os seres humanos, estabelecida por meio da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicado a cada um dos trabalhadores, informando o objetivo geral da pesquisa, sua finalidade e a explicitação

do respeito ao anonimato dos participantes, além da possibilidade de deixar de fazer parte da pesquisa em qualquer momento que desejassem.

O conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi transcrito e organizado em arquivos, no programa Word. Os dados específicos do município de Rio Grande/RS foram ainda organizados por categoria profissional, para facilitar a análise. Os dados qualitativos foram tratados de acordo com as etapas da análise temática: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.[5]

Com o objetivo de evitar a identificação dos trabalhadores, bem como das equipes, os trechos das falas, apresentadas durante a análise das entrevistas, seguiram o seguinte esquema de codificação, adotado pelos pesquisadores do LAMSA em suas publicações: 1º) o código referente ao município – "M"; 2º) o código referente à equipe – "Eq"; 3º) a sigla referente à categoria do trabalhador (Enfermeiro – "Ef"; Médico – "Md"; Auxiliar de Enfermagem – "AE"; Agente Comunitário de Saúde – ACS); 4º) número da entrevista correspondente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender como se processa a articulação do trabalho desenvolvido pelos diferentes trabalhadores da equipes de Saúde da Família com a comunidade, foram analisados três subtemas: A articulação do trabalho na comunidade; As atividades utilizadas pela equipe para articular o trabalho; A finalidade da articulação do trabalhador com a comunidade.

Articulação do trabalho na comunidade

Os trabalhadores destacam que essa articulação ocorre com os diferentes *moradores* que são assistidos no domicílio ou com aqueles que procuram a unidade de saúde – por exemplo, mulheres que levam seus filhos para consulta por algum problema de doença (diarreia, verminoses, infecções respiratórias, bronquites, entre outras) ou que procuram a unidade para algum tipo de atendimento para si próprias (coleta para a realização do exame Citopatológico); gestantes que fazem acompanhamento regular na unidade, ou mesmo os participantes dos grupos educativos (hipertensos, diabéticos e outros) desenvolvidos pelos trabalhadores na UBS como pode ser visualizado na fala abaixo:

> *Através dos próprios moradores da comunidade, das famílias: da mãe que traz a criança, da gestante, do idoso; da mulher que vem consultar para mostrar o CP, para alguma queixa ginecológica; do adulto que vem consultar por um problema de saúde ocupacional; dentro das reuniões de comunidade, com a comunidade que a gente faz para esclarecer o funcionamento do posto, para esclarecer alguma mudança que vá se fazer no posto, alguma mudança de agendamento, alguma mudança diretamente com eles; nos grupos, quando estou nos grupos.* ($M_{08}Eq_{46}Md_{18}$).

De acordo com a fala desse trabalhador, pode-se refletir sobre o modo como está sendo desenvolvido o trabalho na estratégia, pois o atendimento da comunidade dessa forma, como o atendimento em consultas, pode fazer com que a atenção à saúde tenha como foco o pronto atendimento da população, suprindo a demanda, sem que a unidade de fato consiga assistir as necessidades de saúde. Isso demonstra que é preciso que a articulação seja feita, também, com a população que não procura ou necessita diretamente dos serviços da unidade, pois mesmo sem procurar a unidade torna-se objeto de ação. Verificou-se que os moradores da comunidade aderem ao trabalho oferecido pela equipe quando têm algum problema de saúde, sendo necessária a criação de vínculos com todos os usuários no sentido de propiciar a prevenção em saúde.

Os trabalhadores da estratégia Saúde da Família desenvolvem suas atividades em diferentes *espaços comunitários*, com vista a melhorar a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes com a comunidade, como a rádio comunitária, as igrejas, as escolas e as associações de bairro:

> *Inclusive assim, eu tenho me utilizado muito de uma rádio comunitária que tem me dado apoio. Então, eu divulgo as nossas campanhas, as nossas atividades, os nossos programas. Aí eu divulgo na rádio e através da associação, da coordenadoria, enfim, desses órgãos, através das igrejas. Nós temos muitas igrejas aqui.* ($M_{08}Eq_{25}Ef_{21}$)

O papel dessas organizações na articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes pode estar relacionado à facilidade em agregar um número maior de usuários na realização de uma atividade planejada pela equipe. Nessa direção, quando o processo de trabalho atinge certo desenvolvimento, são necessárias intervenções sobre os instrumentos de trabalho para a criação de novos,[6] como no caso das organizações sociais, que, articuladas com as unidades de Saúde da Família, auxiliam nas ações da saúde desenvolvidas nas comunidades. Assim, "os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho".[6:204]

Por fim, a utilização de espaços comunitários no desenvolvimento do trabalho educativo propicia a construção de uma parceria entre a unidade de saúde e a comunidade no desenvolvimento das ações, favorecendo o diálogo, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e compromisso para a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

Atividades utilizadas para articular o trabalho

As atividades educativas relatadas pelos trabalhadores foram classificadas de acordo com o ambiente em que são desenvolvidas, ou seja, trata-se de atividades realizadas no próprio ambiente de trabalho/unidade e no ambiente da comunidade.

As atividades desenvolvidas no *ambiente de trabalho/unidade* relatadas pelos entrevistados, que possibilitam a articulação do trabalhador com a comunidade, compreendem as *consultas clínicas* e os *procedimentos ambulatoriais*.

Na estratégia de Saúde da Família, as consultas são realizadas de acordo com a programação do serviço (consulta do pré-natal, puericultura, pacientes crônicos, dentre outros) ou por demanda espontânea, quando a população agenda o atendimento, buscando o serviço para o diagnóstico e o tratamento de um agravo ou de uma doença preestabelecida – são as chamadas *consultas clínicas ambulatoriais*.[7] As consultas clínicas ambulatoriais, conforme constatado nesta investigação, são realizadas pelos médicos, que ressaltaram a importância do trabalho clínico desenvolvido no ambiente de trabalho/unidade para estabelecer um contato mais individual com os moradores, articulando, assim, o trabalho com a comunidade, o que, para esses profissionais, proporcionaria o desenvolvimento de ações educativas voltadas para o indivíduo.

> *Através das consultas individuais, também é um modo de atingir a comunidade de alguma forma. Fazer até atividade preventiva nessa consulta individual, também. Basicamente é isso*. ($M_{08}Eq_{163}Md_{13}$)

Estudo anterior apontou a predominância das consultas clínicas médicas para a população que procura a unidade de Saúde da Família. Muitos usuários ainda procuram as unidades para o atendimento médico, buscando satisfazer uma necessidade imediata, pois "a forma como está organizada a maioria dos processos de trabalho em saúde tem reforçado, no ideário da população, que o único profissional capacitado para prestar cuidados ao sujeito doente é o médico, principalmente no que se refere ao diagnóstico e à terapêutica".

Outra atividade relatada pelos trabalhadores para a articulação com a comunidade foi a realização dos *procedimentos ambulatoriais*, como administração de medicamentos (por via oral, intramuscular ou endovenosa), verificação de sinais vitais, como o nível de pressão arterial (PA), curativos simples, dentre outros procedimentos realizados na unidade básica, foram identificados predominantemente na prática diária do auxiliar de enfermagem. Esse fato justifica-se, pois esse trabalhador é quem recebe o usuário na unidade, prestando o primeiro atendimento, seja realizando a triagem dos casos para o encaminhamento às consultas médicas ou de enfermagem, seja realizando um procedimento técnico:

> *Em quase todas. Todos os procedimentos que eles vêm fazer aqui. É entrega de receita, é entrega de medicamento, é consulta médica*. ($M_{08}Eq_{84}AE_{07}$)
>
> *Nos grupos, num curativo, numa verificação de PA, tu já está tendo contato com eles*. ($M_{08}Eq_{73}AE_{12}$)

As consultas clínicas e os procedimentos ambulatoriais podem ser considerados favoráveis para o desenvolvimento de processos educativos no momento em que são utilizados para orientar as famílias sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde e doença associados às condições socioambientais em que vivem.[7] No entanto, questiona-se se as consultas clínicas e os procedimentos ambulatoriais, realizados no ambiente de trabalho/unidade da estratégia de Saúde da Família, têm sido instrumentos concretos para articular o trabalho desenvolvido com as comunidades, no sentido de apreender a realidade vivenciada pelas famílias que procuram a unidade no momento do atendimento, ou são simplesmente espaços clínicos e ambulatoriais de atendimento de demanda.

Não que tal fato não seja importante diante das necessidades de atendimento das pessoas. O que se pode salientar é que há necessidade de diferenciar as atividades que articulam a comunidade de forma diversa da referida pelos trabalhadores, de forma a quebrar com o paradigma meramente curativo em detrimento da proposta da Saúde da Família de implantação de um modelo epidemiológico que desenvolva na comunidade a busca pela prevenção de doenças e suas sequelas.

Verifica-se que o uso do *ambiente comunitário* para desenvolver atividades educativas, na busca de maior articulação do trabalhador com a comunidade, auxilia na identificação da competência da comunidade, estimulando sua participação e corresponsabilidade sobre seu próprio processo saúde doença. Assim, essa competência comunitária faz-se presente, quer como produto do trabalho, quer como instrumento para o desenvolvimento do trabalho em si. Nesse ambiente, predominam as atividades de *visitas domiciliárias*, *grupos educativos*, *reuniões* e *atividades de lazer*.

Nas equipes de Saúde da Família, a *visita domiciliária* é a atividade externa à unidade mais realizada. Acredita-se que, por meio da visita domiciliária, os trabalhadores das equipes de Saúde da Família podem avaliar as condições socioambientais e de saúde da população, além de planejar e executar ações que promovam melhor qualidade de vida para as famílias sob sua responsabilidade.

Não se trata de uma atividade exclusiva de uma categoria profissional. É realizada por todos os trabalhadores, de acordo com a organização do trabalho nas equipes de saúde. No entanto, para os agentes comunitários de saúde, essa atividade se destaca, pois são eles que realizam a visita domiciliária com maior frequência, ou seja, diariamente, pois uma de suas atribuições é utilizar as visitas domiciliárias para "desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e vigilância à saúde",[8:45] como se pode verificar nas falas a seguir:

> *Nas visitas domiciliares. E no convívio. A gente mora, vive na comunidade*. ($M_{08}Eq_{102}ACS_{16}$)
>
> *Nas minhas próprias visitas. As minhas visitas são realizadas todos os dias; todos os dias tem visita, então todos os dias estou em contato com eles*. ($M_{08}Eq_{84}ACS_{07}$)

O acompanhamento das famílias por meio da visita domiciliária permite que o agente comunitário identifique as necessidades apresentadas pelas famílias, mediante a observação da situação no domicílio e do comportamento dos moradores.[9] É por meio do trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde, ou seja, da identificação das necessidades durante a visita, que os demais profissionais das equipes ficam conhecendo as reais condições de vida das famílias sob sua responsabilidade, facilitando a organização do trabalho nas unidades.

Outra atividade realizada pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, na maioria das vezes desenvolvida em espaços fora do ambiente de trabalho/unidade, com o objetivo de articular o seu trabalho com a comunidade, são os *grupos educativos* desenvolvidos com diferentes sujeitos da comunidade: grupo de gestantes, grupo de planejamento familiar (realizado com a participação de mulheres em idade fértil), grupo de hipertensos e diabéticos (realizado com os portadores de doenças crônicas degenerativas), como pode ser observado nas falas seguintes:

> *Mais nesses trabalhos de grupo que a gente tem trabalhado, nesses trabalhos de grupo porque tu trabalhas com uma quantidade maior de pessoas no mesmo momento. De repente, até em uma consulta tu consegues trabalhar e expor o Programa e como funciona, mas daí é individual. Onde a gente trabalharia com uma maior quantidade de pessoas seria nos grupos mesmo*. ($M_{08}Eq_{03}Md_{17}$)

> *É no próprio grupo de planejamento familiar que a gente já vê, tenta vê, quais são aquelas que estão com os preventivos atrasados, que faz tempo que não usam. A gente já pega uma lista, depois eu já mando pelas próprias agentes comunitárias. Pego as listas, vejo a data de menstruação delas e tento agendar mais ou menos conforme as datas de menstruação e, depois, as agentes comunitárias dão um retorno para as mulheres e depois elas já vêm direto na consulta. Através do atendimento, atendimento através dos grupos, a gente tenta conversar expor as medidas preventivas com palestras, teatro*. ($M_{08}Eq_{135}Ef_{05}$)

Pode-se apreender, com base nas falas, que o trabalho desenvolvido com os grupos educativos, além de proporcionar o contato do trabalhador com um número maior de indivíduos, o que representa para os entrevistados um aspecto positivo com relação ao desenvolvimento dos temas que serão trabalhados e das orientações repassadas sobre o funcionamento do programa, é uma oportunidade para que estes possam atender às necessidades imediatas apresentadas pelos participantes. Um exemplo citado pelos entrevistados é o grupo de planejamento familiar em que o trabalhador utiliza o espaço do grupo, as características das participantes, para desenvolver atividades preventivas – por exemplo, o agendamento do exame citopatológico para as mulheres que ainda não o realizaram.

No entanto, pode-se pensar que o enfoque dado aos grupos educativos não potencializa o trabalho das equipes em prol da promoção da saúde, um dos pressupostos da Saúde da Família, consistindo apenas em uma estratégia de racionalização do trabalho, como o agendamento de exames citado pelos entrevistados, em que o trabalhador utiliza o espaço do grupo para organizar e facilitar o seu trabalho diário no momento em que consegue abranger o número maior de pessoas em determinada atividade.

Dando continuidade às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores no ambiente comunitário, destacam-se, também, as *reuniões* com a comunidade. Essa atividade tem proporcionado a participação da população adstrita na organização do trabalho das equipes:

> *A gente se reúne. Faz reuniões com a comunidade. Tudo é acordo. A gente não pode impor, não chega e impõe pra eles como vai ser, o desenvolvimento do meu trabalho*. ($M_{08}Eq_{04}Ef_{19}$)

Percebe-se que as reuniões realizadas com a participação da comunidade constituem um importante espaço de troca de experiências e informações, o qual possibilita a articulação do trabalhador com a comunidade, pois é possível discutir questões comuns a todos os participantes, suas crenças, seus valores, seus desejos, respeitando as diversidades e as necessidades expressas pelos participantes. Os objetivos com essas reuniões são estimular a reflexão e proporcionar uma participação responsável da comunidade nas decisões sobre os problemas socioambientais do bairro, podendo ser a equipe de Saúde da Família a incentivadora desse processo.

No ambiente comunitário, ainda são desenvolvidas *atividades de lazer* pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família com a comunidade – por exemplo, caminhadas, passeios e oficinas:

> *A gente faz passeio. Faz os passeios uma vez por ano para os hipertensos. No ano passado, nós fizemos bingo, fizemos rifas. Agora a gente está promovendo uma rifa com bolsa de alimentação, e eles mesmos sugeriram dar a alimentação. A gente não vai comprar a bolsa, sacola de alimentação. Eles sugeriram cada um trazer, e a gente vai fazer uma sacola que vai ser rifada. Foi ideia deles. A gente vai rifar para arrecadar recursos para alugar o ônibus e fazer o passeio este ano. Ano passado foi para São Lourenço. Este ano a gente vai para um lugar, nem lembro direito o nome do lugar que a gente vai ir, nem conheço*. ($M_{08}Eq_{88}ACS_{10}$)

As atividades de lazer são realizadas com os participantes dos grupos educativos – por exemplo, com o grupo de hipertensos. Essas atividades são capazes de "resgatar valores e sentimentos, deixando de ser apenas mais uma atividade da equipe para ser uma ação voltada ao resgate da cidadania, da autoestima, do cuidado de si e da compreensão da saúde que vai além das práticas médicas".[10:74]

Finalidade da articulação do trabalhador com a comunidade

Ao analisar este subtema, foi possível identificar três categorias que representam essa intenção, ou seja, os trabalhadores se articulam com a comunidade com o objetivo de *promover a saúde*, *educar para a saúde* e *criar vínculo* com a comunidade.

Promover a saúde envolve um conjunto de ações com o objetivo de atender a determinadas necessidades apresentadas pela população, indo além da assistência médica curativa, que restringe a saúde à ausência de doença. Essas ações devem ser intersetoriais, envolvendo a "educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, dentre outros determinantes sociais da saúde".[11:102] Os dados mostram que um dos campos estratégicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, propostas na Carta de Ottawa, é o desenvolvimento de habilidades pessoais para o enfrentamento dos problemas. Como pode ser observado na fala a seguir, o profissional utiliza o momento da realização de atividades com os moradores para divulgar informações referentes à saúde, orientando e esclarecendo as dúvidas dos usuários:

> *Se não houver essa ponte, fica muito difícil eles virem, eles seguirem aquilo que a gente diz, as nossas orientações. Facilita, porque nesses cursos a gente reforça aquilo que a gente coloca aqui. É um momento de troca de experiências* [pois]*, eles colocam muitas dúvidas, e a gente aproveita para falar. Então é um ambiente de troca nesses momentos; é a melhor coisa que tem*. ($M_{08}Eq_{102}Ef_{16}$)

Desenvolver as habilidades pessoais significa capacitar os usuários para que organizem o próprio cuidado com a saúde. Esse cuidado só será viabilizado por meio de estratégias educativas que possibilitem o desenvolvimento de autonomia e habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.[12,13]

Foi possível identificar nas falas, também, que as ações de promoção da saúde estão relacionadas à promoção da autoestima dos usuários. Para os profissionais, no momento em que desenvolvem uma atividade, em que conseguem estimular a comunidade a participar, influenciam na autoestima dos usuários e, por consequência, na adoção de estilos de vida saudáveis:

> *A nossa caminhada aqui é um sucesso [...]; ela é uma festa da saúde, e é isso que a gente tem que fazer. Tem que fazer uma coisa prazerosa, no momento em que ele sente prazer em participar, pode ter certeza que ele retorna. A nossa caminhada começa cedo, entre 7 e 8 horas da manhã, e já com foguete na praça. Então, é um foguetório, um foguetório, chamando o povo [...]: 'Venha buscar a sua saúde, venha se gostar. [...] Vem um professor de educação física pra fazer o alongamento inicial e o alongamento final. Tem os nossos diabéticos, os nossos hipertensos, os nossos obesos, os nossos idosos. E ainda, no final, nós temos sorteio de brindes [...]'. Então, é uma festa que a gente faz para estimular eles a se gostarem mais um pouco.* ($M_{08}Eq_{44}Ef_{08}$)

O trabalho desenvolvido com o objetivo de promover a saúde é, também, terapêutico, realizado com a finalidade de facilitar o enfrentamento das situações de crise vivenciadas pelos usuários, favorecendo a melhoria da qualidade de vida. Ao participarem coletivamente de uma atividade, é possível desenvolver o sentimento de pertença, a comunidade melhorando a autoestima e a consciência de que juntos podem ser mais saudáveis. Se podem fazer isso juntos, talvez percebam que podem fazer muito mais por si mesmos e pelos outros moradores.

Outra finalidade da articulação do trabalho dos entrevistados com a comunidade é a *educação para a saúde,* considerada pelos trabalhadores uma das funções da estratégia de Saúde da Família, devendo a equipe estar articulada para o seu exercício:

> *Isso, a função do PSF é isso, a gente educar para a saúde. E precisa desse contato, precisa dessa ligação entre o agente, entre o médico, entre o enfermeiro, enfim toda a equipe, porque se não a gente não consegue educar, entendeu*? ($M_{08}Eq_{76}Md_{07}$)

O trabalho educativo desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família "apoia-se na ideia de que se pode educar para a saúde", uma vez que se considera a hipótese de que a maioria dos problemas de saúde enfrentados na comunidade é resultado da "precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas "corretivas" e/ou educativas".[14:26] Muitos profissionais consideram o usuário como objeto a ser transformado, e não a situação de desigualdade e carência em que se encontram. Nesse contexto, as ações educativas desenvolvidas são específicas "para" mudar algum comportamento, uma atitude, que poderá representar um risco para a sua saúde.

Assim, é necessário repensar a prática educativa, a importância de se buscar a construção de um trabalho educativo compartilhado, ou seja, com ações de educação em saúde planejadas com o objetivo de contribuir para "formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, com base na sua realidade", estimulando, assim, "a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva."[15:20] Essa prática é construída em conjunto com todos os seres envolvidos (trabalhador e comunidade) pelos mesmos objetivos, o que "possibilita uma relação de cooperação, de valorização e crescimento mútuo num processo contínuo do cuidar/educar, dividindo responsabilidades".[16:45]

Por outro lado, percebeu-se que, na prática desenvolvida por alguns profissionais entrevistados, o trabalho educativo está centrado na mera transmissão de conhecimento, no momento em que eles utilizam o espaço educativo para repassar informações referentes

ao serviço desenvolvido nas unidades de saúde e controlar as ações dos usuários, exercendo o papel de detentor do saber, como pode ser percebido nas falas seguintes:

> *A prevenção. Até orientação de alimentação, de grupos [...]. Tem o grupo de diabético, tem o grupo de hipertenso, tem o planejamento familiar, tudo é passado. A puericultura, a vacina, qual é a vantagem da mãe trazer a criança para ela saber se ela está crescendo dentro do normal, tudo isso é passado. É a prevenção que é passada para eles; [...] o que eles podem e não podem comer. Doces, o que pode, o que não pode. Frutas, o diabético, o que pode? Tem umas frutas que têm bastante doce, então tudo isso é passado para eles*. ($M_{08}Eq_{72}AE_{22}$)

> *É de o cliente estar bem orientado. Orientação para ele saber avaliar as suas necessidades e procurar a unidade de saúde. Porque, às vezes, ele vem e tira o espaço de alguém que está precisando mais [...]*. ($M_{08}Eq_{88}AE_{10}$)

Ao visualizar as falas dos trabalhadores, foi possível verificar que as ações de educação em saúde estão diretamente relacionadas à prevenção de doenças ou agravos, ou seja, para cada doença ou agravo o profissional estabelece um conjunto de medidas cujas orientações repassadas aos usuários deveriam ser incorporadas no seu cotidiano, com o objetivo de garantir uma vida mais saudável. A ênfase dessas orientações está na transmissão de normas e atitudes que devem ser seguidas pelos usuários, facilitando o controle dos seus corpos individuais pelos trabalhadores, repassando a ideia de que o conhecimento científico é o único que pode dar respostas efetivas à saúde dos usuários e das famílias.[17]

Esse tipo de abordagem de educação em saúde demonstra a dificuldade de alguns profissionais em desenvolver atividades educativas, levando em consideração questões ligadas aos contextos socioambiental, econômico e cultural das comunidades, fato que pode estar relacionado ao processo de ensino-aprendizagem vivenciado durante sua formação e que o profissional reproduz no seu cotidiano de trabalho.[16] Para mudar essa realidade, é necessário que o profissional entenda que a educação não ocorre de uma só vez. A mudança no modo de vida das pessoas só acontece no momento que elas estão abertas à possibilidade de modificar sua existência, sendo necessário "sensibilizar a pessoa para que encontre em si razões próprias que a levem a mudar seu comportamento. A ação educativa é, então, processual e vai se concretizando por meio de sucessivas aproximações".[16:49]

Outra finalidade relatada pelos entrevistados, resultante da articulação do seu trabalho com a comunidade, foi a *criação de vínculo* entre os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e os usuários. Ao analisar as entrevistas, percebeu-se que a criação de um vínculo de confiança com os usuários, com base na articulação e na aderência destes ao serviço, apresenta-se como um aspecto positivo, pois facilitaria a assistência prestada, gerando um sentimento de satisfação por parte do usuário no momento em que ele consegue resolver seu problema:

> *Eu acho que aí é gratificante, porque ele confia na gente. Além de ele confiar na gente, então, ele sabe que ele vai no grupo, ele vai resolver. Se for a visita da enfermeira, vai resolver; se for a visita só do agente comunitário, vai resolver. Então, ele se sente, assim, gratificado. Ele vem no posto e vai ser atendido, então ele vai se sentir assim: Ah! Eu tenho o que eu quero no bairro. Mesmo que não tenha tudo, já grande parte do problema dele é solucionado.* ($M_{08}Eq_{62}ACS_{13}$)

O vínculo estabelecido com o usuário faz com que ele procure cada vez mais a unidade de saúde, facilitando a aproximação e a convivência com os profissionais e, com isso, favorecendo o enfrentamento dos problemas. Os resultados positivos alcançados na resolução de um problema enfrentado pelo usuário dá credibilidade à equipe, tornando-a referência para a população[16]:

> *Tem que haver um vínculo. Tem que haver uma confiança para eles procurarem mais a unidade, para eles chegar mais em nós. Então, acho que as ações fazem com que ocorra o vínculo. Eles vão chegar até mim, eles vão conhecer minha pessoa. Eles vão saber que, quando precisarem, eles podem chegar à unidade e me procurar.* ($M_{08}Eq_{73}Ef_{12}$)

O vínculo criado por meio da confiança, do envolvimento, do carinho e da atenção prestada pelos trabalhadores, das equipes de Saúde da Família aos usuários só é possível por meio do diálogo, identificado como o facilitador de uma relação de respeito e de reconhecimento das necessidades e dos sofrimentos apresentados pelos moradores que procuram atendimento nas unidades.[18]

Esse diálogo, no entanto, deve ser precedido pela escuta, que implica a responsabilidade dos profissionais em atender às queixas, aos problemas e às necessidades manifestadas pelos usuários. Saber escutar o que os usuários estão manifestando é muito importante para o cuidado, pois "saber ouvir vai além do ato de escutar o que o outro fala, procurando compreender o que está sendo dito e compartilhar do sentimento que está sendo colocado naquele momento especial de relação".[19:309]

Um dos trabalhadores que se destacaram no estabelecimento de vínculos de confiança com os usuários, por meio da escuta, foi o agente comunitário de saúde. Essa facilidade, provavelmente, ocorre por meio sua atuação direta com as famílias, nas visitas domiciliárias e por ser considerado a ponte entre as equipes e a comunidade, como pode ser observado nos trechos das entrevistas a seguir:

> *Se não tivesse esse elo, esse carisma, essa afinidade, se eu não tivesse essa afinidade com minha família, eu não iria conseguir fazer um bom trabalho, uma boa visita. Porque, claro, tudo é conquistado aos poucos. Eu tive que ir, eu fiz o cadastro, eu comecei a fazer as visitas frequentemente, eu expus o programa, eu expus*

> *os nossos objetivos, e aquilo tem que ser conquistado, não sei se eu te respondi.* ($M_{08}Eq_{35}ACS_{14}$)

> *Isso aí acho que o agente continua sendo, como eu disse, aquela ponte entre o posto e a comunidade. É um vínculo, sabe, entre a comunidade e o posto. Eles acham que a gente é daqui, que é um membro daqui, eles confiam na gente. A gente tem que passar essa confiança para eles, por causa de quê? Para que eles possam contar quais são as suas dores, entre aspas, para a gente tentar resolver.* ($M_{08}Eq_{44}ACS_{08}$)

Foi possível observar, ainda, pelas análises das entrevistas dos agentes comunitários, a importância que esses profissionais dão à sua ação de escuta. Achado semelhante foi encontrado em outro trabalho,[20] quando destacam a satisfação manifestada pelo agente comunitário quando o usuário expressa a confiança no profissional ao desabafar seus anseios e problemas, contando fatos importantes de sua vida e pedindo orientações que podem ou não estar relacionadas a uma situação de enfermidade:

> *Eu acho que a gente ajuda, querendo ou não. E a finalidade é de, às vezes, tu deixar a pessoa desabafar, porque às vezes ela só tem que conversar. Hoje em dia, ninguém escuta ninguém, entendeu? E eu acho que as agentes servem pra isso também, pra eles desabafarem, porque a gente está mais esperando o serviço deles, o retorno deles.* ($M_{08}Eq_{47}ACS_{03}$)

> *Pra mim, é como eu te disse, ajudar eles. Porque tu tem que tratar bem eles. As pessoas precisam de carinho, de atenção, ainda mais num programa aqui também, que a gente vê uma área bem carente. Então, eles precisam de atenção, às vezes vêm, às vezes estão meio agitados, coisas assim, por causa dos problemas. A gente tem que sentar, conversar com eles. Ajudar e tranquilizar. Deixar eles te contarem um pouco o que está acontecendo. Ser os ouvidos deles. Eu acho importante.* ($M_{08}Eq_{44}AE_{08}$)

Uma das exigências do Ministério da Saúde (MS) é que o agente comunitário seja morador de sua área de atuação, o que facilita o desenvolvimento de suas atividades e, consequentemente, a criação de vínculo com a comunidade. A facilidade em desenvolver uma relação de confiança e cumplicidade com a comunidade é uma característica desse profissional, que pode estar relacionada a uma das atribuições que fazem parte da rotina diária do seu trabalho – a visita domiciliária. Por meio dessa atividade, realizada para o cadastramento e o diagnóstico das famílias nas áreas adscritas à unidade básica, esse trabalhador consegue manter uma aproximação com as famílias, identificando-se com seus costumes, sua cultura e sua linguagem.

O vínculo está diretamente relacionado com a

> capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que levam os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautoriais.[21:469]

CONCLUSÃO

Neste estudo, a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com a comunidade ocorre com os diferentes usuários que procuram a unidade básica de saúde para atendimento ou que são assistidos em seus domicílios, refletindo o modo como a estratégia tem organizado o seu trabalho, ou seja, com ações voltadas para o atendimento das necessidades manifestadas pelos usuários. A articulação ainda ocorre nos diferentes espaços comunitários, como igrejas, escolas associação de bairro, auxiliando no desenvolvimento das ações de saúde realizadas na comunidade.

As atividades educativas desenvolvidas pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, no ambiente de trabalho/unidade ou no ambiente da comunidade, como as consultas, os procedimentos, as visitas domiciliárias, os grupos educativos, as reuniões e as atividades de lazer, permitem aos profissionais interagir com os diferentes usuários na comunidade. No entanto, são atividades que requerem dos profissionais um conhecimento prévio sobre as características pessoais e culturais dos usuários e de suas famílias, exigindo do trabalhador o domínio sobre a organização do seu trabalho.

Foi possível identificar, também, a finalidade da articulação do trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família com a comunidade, ou seja, a articulação ocorre com o objetivo de: *promover a saúde*, mediante o desenvolvimento de habilidades pessoais para a resolução dos problemas e promoção da autoestima; *educar para a saúde*, mediante a construção de um trabalho educativo compartilhado, construído em conjunto com todos os envolvidos (trabalhadores e comunidade); *criar vínculo* entre os trabalhadores e os usuários, destacando-se o agente comunitário de saúde por sua atuação com as famílias, por meio das visitas domiciliárias, o que facilitaria a aproximação, a confiança e a convivência para o enfrentamento dos problemas.

Os dados evidenciam que é necessária a implementação de estratégias que fomentem a aderência dos moradores que não têm o hábito de procurar os serviços oferecidos pelos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, divulgando melhor o trabalho desenvolvido e as potencialidades de atuação da equipe, de forma a desenvolver uma consciência preventiva em detrimento da curativa. Evidencia-se, ainda, a dificuldade do exercício de atividades educativas mais horizontais, baseadas na troca de informações entre profissionais e usuários em detrimento de relações ainda verticais em que o trabalhador é o detentor do conhecimento e o usuário, o receptor, contribuindo pouco para que ocorra mudança de conduta e aderência as informações repassadas.

Ao articular-se com a comunidade promovendo saúde, educando para a saúde e criando vínculos com esta, os trabalhadores da estratégia podem modificar as condições de saúde das comunidades e indivíduos, melhorando-lhes a qualidade de vida. Verifica-se que ainda há muito que fazer para melhorar a articulação

dos trabalhadores da estratégia com as comunidades nas quais estão inseridas. Nesse sentido, outros estudos que favoreçam a compreensão de formas efetivas de articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com as comunidades de abrangência do seu trabalho precisam ser realizados, instrumentalizando esses trabalhadores no desenvolvimento de um trabalho mais efetivo e satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Materno-infant. 2003; 3(1):113-25.

2. Costa EM, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009.

3. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva, AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(1):71-9.

4. Cezar-Vaz MR. Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a Saúde da Família: uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde. Projeto Integrado de pesquisa Submetido à apreciação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; outubro de 2004.

5. Minayo MD. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

6. Marx K. O capital: crítica da economia política. 10ª ed. São Paulo: Difel; 1985.

7. Bromberger SMT. O processo de trabalho em Saúde da Família: espaço possível para o desenvolvimento da educação ambiental não-formal [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental; 2003.

8. BrasiL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília: MS; 2007.

9. Silva AC. O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002 [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

10. Branco ZP. Elementos Socioambientais Constitutivos do Acolhimento no Processo de Trabalho de Saúde da Família [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2005.

11. Sícole JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface Comunic Saúde Educ. 2003; 7(12):101-22.

12. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman, M, Júnior, MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 635-67.

13. Cunha RR, Pereira LS, Gonçalves ASR, Santos EKA, Radunz, V, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no contexto Paroara: possibilidade de cuidado em enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2009; 18(1):170-6.

14. Gazinelli MF, Penna C. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: Gazinelli MF, Reis, DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 25-33.

15. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base. Brasília: Funasa; 2007. 70 p.

16. Villa E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: Gazinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 43-51.

17. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 19-24.

18. Takemoto MLS, Silva, EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 23(2):331-40.

19. Kerber NPC, Kirchhof, ALC, Cezar-Vaz, MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. Texto & Contexto Enferm. 2008 abr./jun; 17(2):304-12.

20. Oliveira SF, Albuquerque, FJB. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Rev Psicol Soc. 2008; 20(2):237-46.

21. Santos AM, Assis, MMA, Nascimento, MAA, Jorge, MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2008; 42(3): 467-70.

Data de submissão: 17/11/2009
Data de aprovação: 22/10/2010

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

FAMILY HEALTH CARE STRATEGY: ASSISTENCE QUALITY UNDER THE USER'S SATISFACTION PERSPECTIVE

ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Simone Maria Silva Santos[1]
Vânia Aparecida da Costa Oliveira[2]
Raquel Aparecida de Castro Oliveira[3]
Eliete Albano de Azevedo Guimarães[4]

RESUMO

Com este estudo, teve-se como objetivo analisar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela Estratégia Saúde da Família no município de Santo Antônio do Monte-MG, segundo a perspectiva da satisfação dos usuários. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualiquantitativa. A população-alvo foi composta por 188 usuários das seis Unidades Saúde da Família da zona urbana do município. Os dados foram coletados no domicílio do usuário por intermédio de entrevista semiestruturada. Foram utilizadas como dimensões analíticas a infraestrutura, a acessibilidade, a relação equipe-usuário e a resolutividade. Identificou-se elevado grau de satisfação por parte dos usuários em relação à Estratégia Saúde da Família, destacando-se a boa infraestrutura, a agradável aparência das Unidades Saúde da Família e as relações equipe-usuário firmadas no acolhimento. Ao se aprofundar nas narrativas, percebeu-se, contraditoriamente, insatisfação decorrente da ausência do profissional médico em algumas Equipes Saúde da Família, da dificuldade de acesso à consulta especializada e a exames complementares e do horário de funcionamento da Unidade. Acredita-se que as questões levantadas poderão fornecer subsídios para discussões entre profissionais e gestores, propiciando o aprimoramento das ações em saúde e a qualidade do serviço.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Satisfação do Usuário, Assistência em Saúde.

ABSTRACT

This study had as primary objective to analyze the quality of the health assistance offered by the Family Health Care Strategy in the municipality of Santo Antônio do Monte – MG, according to the user's satisfaction perspective. It is an exploratory and descriptive study, with a qualitative and quantitative approach. The target population was composed by 188 users of the six Family Health Care Units in the urban area of the municipality. The data were collected at the users' home through a semi-structured interview. We have used as analytical dimensions the infra-structure, the accessibility, the staff-user relationship and the resolvability. We have identified a high degree of satisfaction among the users with respect to the Family Health Strategy, highlighting the good infrastructure and the pleasing aspect of the Family Health Care Units and the staff-user relationship based on a warm welcoming to people. After closely analyzing the interview results, we detected dissatisfaction regarding the lack of a doctor in some of the Family Health Care staff, as well as the difficult access to a specialist and complementary medical examinations and the units working hours. We believe that the issues raised by the study could provide subsidies to further discussions between professionals and managers, and improve healthcare actions as well as the quality of its service.

Key words: Family Health Care Strategy; User's Satisfaction; Heath Care Assistance.

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objeto analizar la calidad de la atención a la salud ofrecida por la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Santo Antônio do Monte-MG, desde la perspectiva de la satisfacción de los usuarios. Se trata de un estudio de carácter exploratorio descriptivo, con meta cualitativa y cuantitativa. La población objeto consistió en 188 usuarios de las seis Unidades de Salud de la Familia de la zona urbana del municipio. Los datos fueron recogidos en el hogar del usuario a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizaron como dimensiones analíticas la infraestructura, accesibilidad, relación equipo-usuario y determinación. El nivel de satisfacción de los usuarios en cuanto a la Salud de la Familia es alto, realzándose la buena infraestructura, el agradable aspecto de las construcciones y las

[1] Enfermeira. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais (FUNEDI/UEMG). Docente da Universidade Presidente Antônio Carlos – *Campus* Bom Despacho.
[2] Enfermeira. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais (FUNEDI/UEMG). Docente da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI).
[3] Enfermeira.
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFMG). Doutoranda em Ciências da Saúde pela CPQRR/FIOCRUZ. Docente da Universidade Federal de São João del Rei – *Campus* Centro Oeste Dona Lindu.
Endereço para correspondência – Av. Cel. Amâncio Bernardes, 78/Aptº 401, Centro, Santo Antônio do Monte-MG, CEP: 35560-000.
E-mail: simonesantos@unipacbomdespacho.com.br.

relaciones equipo-usuario basadas en la amabilidad de la acogida. Al ahondar en los testimonio se observa una cierta insatisfacción debido a la falta de médicos en algunos equipos, la dificultad de acceder a las consultas de especialistas y a los exámenes complementarios y el horario de funcionamiento de la unidad. Pensamos que las cuestiones planteadas pueden servir para los debates entre profesionales y gestores con miras a mejorar las acciones en salud y la calidad de los servicios.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia; Satisfacción de los Usuarios; Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, em cenário mundial, configurou-se grande instabilidade social, política e econômica, resultando, dentre outros fatores, em uma grave crise do setor saúde, que se justificou pelo elevado custo dos serviços médicos, pelo baixo impacto da assistência na qualidade de vida da população e pela insatisfação da opinião pública.[1]

O reconhecimento do colapso do modelo assistencial vigente suscitou a emergência de uma proposta que transformasse a atenção à saúde. Diante de tal realidade, o Ministério da Saúde (MS) apresentou como alternativa viável a reestruturação da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF, como elemento estruturante da APS, visa superar os importantes desafios referentes ao conteúdo das políticas públicas, mediante a garantia do acesso universal, igualitário, integral e equitativo, por meio de ações conjugadas, em sintonia com os princípios da descentralização, territorialização, intersetorialidade e corresponsabilização, englobando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.[2]

Diante das transformações ocorridas, emerge o conceito de qualidade dos serviços de saúde como tema central das políticas públicas, sendo a avaliação da qualidade um atributo indispensável quando se almeja a excelência do serviço.

A avaliação de qualidade permeia elementos estruturais e organizacionais do serviço, assim como a competência técnica daqueles que desempenham as ações assistenciais, tornando-se elemento significativo para a adequação dos serviços, especialmente daqueles considerados dispositivos para mudança, como é o caso da ESF.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de desenvolver metodologias avaliativas no âmbito da ESF, sendo essa uma prática já instaurada em território nacional pelo MS mediante a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), como consta no Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF).

Acredita-se que a iniciativa avaliativa na ESF assume papel de destaque, uma vez que permite problematizar desde questões elementares até as mais complexas, subsidiando o processo de gestão e gerência do sistema de saúde.

Cientes de que na avaliação de qualidade dos serviços de saúde constam enfoques amplos e variados, optou-se, neste estudo, pela avaliação referente ao componente satisfação do usuário. A escolha se deu por acreditar que o estabelecimento de diálogo entre usuário e serviço implica a elucidação das reais necessidades e fragilidades apresentadas, propiciando alternativas cabíveis à adequação do serviço. A opinião do usuário também se justifica por contemplar a estratégia do governo federal de fortalecimento da gestão democrática mediante o controle social das políticas públicas, assegurando o exercício da cidadania, direito que consta na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90).

Reconhecendo, portanto, a crescente importância e legitimidade da opinião dos usuários sobre a qualidade da atenção, com este artigo objetiva-se analisar a satisfação dos usuários como componente da qualidade da assistência à saúde oferecida pela ESF em um município da macrorregião Oeste de Minas Gerais, considerando as seguintes dimensões: acessibilidade, infraestrutura, relação profissional-usuário e resolutividade.

PROCEDIMENTOS METODÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualiquantitativa, que adotou como referencial teórico o materialismo histórico dialético.

O estudo foi realizado em seis Unidades Saúde da Família (USF's*), que totalizam 100% de cobertura na zona urbana de um município da Macrorregião Oeste de Minas Gerais. Dentre elas, duas ESF's, no momento da coleta de dados, não contavam com o profissional médico. Essas USF's não foram excluídas do estudo, haja vista que os achados poderiam apontar diferenças significativas na satisfação do usuário.

Os entrevistados foram selecionados com base no relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no qual, em abril de 2008, constavam 6.460 famílias cadastradas. De posse do relatório do SIAB, visitou-se cada USF com o objetivo de identificar aquelas famílias usuárias da ESF e que tiveram ao menos uma experiência de atendimento a partir do último semestre do ano de 2007. Esse fato possibilitou entrevistar não apenas famílias cadastradas, mas usuárias e com

* No texto, constam duas abreviaturas idênticas com significados distintos. Para facilitar a compreensão do leitor, optou-se por ESF para Estratégia Saúde da Família e ESF' para Equipe Saúde da Família.

experiência de atendimento recente, propiciando uma resposta avaliativa mais fidedigna (foram enquadradas nesses critérios 4.520 famílias).

Após se demarcar, no relatório do SIAB, o número do cadastro de cada uma das 4.520 famílias, procedeu-se à seleção da amostra utilizando a técnica de amostragem sistemática, que, de acordo com Gil,[3] é um método satisfatório quando se dispõe de uma listagem que propicia a identificação de cada elemento da população.

Em seguida, realizou-se um sorteio entre as 20 primeiras famílias listadas no relatório para identificar a primeira família que, possivelmente, seria entrevistada, sendo selecionada a família n° 16. Posteriormente, foram selecionadas as famílias seguintes, seguindo um intervalo de 20 em 20, contando horizontalmente na planilha. Foram considerados 5% do universo da pesquisa, totalizando 226 famílias.

Foram sujeitos da pesquisa indivíduos cadastrados e usuários da ESF do município, sendo considerado como respondente apenas um membro de cada família. Os critérios para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: a) indivíduos com idade superior a 18 anos que estivessem presentes no momento da entrevista, de preferência o responsável pela família, e b) ter tido ao menos uma experiência de atendimento na USF a partir do último semestre de 2007. Como critérios de exclusão de sujeitos e famílias, foram utilizados: a) domicílios fechados por mudança ou falecimento; b) domicílios vazios no momento da visita, sendo que, nesse caso, foram realizadas até duas visitas em horários distintos, e se ainda nenhum membro da família estivesse presente a referida família era excluída; c) sujeitos que se recusassem a participar da pesquisa; d) sujeitos que não se encontrassem em plenas condições mentais para responder satisfatoriamente à entrevista.

Das 226 famílias selecionadas, foi possível entrevistar 188, pois 37 usuários se recusaram a participar do estudo e um usuário apresentou alteração da função mental.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada contendo itens referentes à caracterização dos usuários participantes do estudo e questões relativas à satisfação dos usuários com a assistência oferecida pela ESF, abordando as dimensões infraestrutura, acessibilidade, relação profissional-usuário e resolutividade.

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FUNEDI/UEMG, sob o Parecer nº 17/2006, procedeu-se à coleta de dados no período de abril a maio de 2008.

A análise dos dados foi realizada com base no conjunto de famílias entrevistadas, o que possibilitou uma visão geral da satisfação dos usuários em relação à ESF no município, com exceção de um aspecto da acessibilidade – a consulta médica –, que foi analisado de forma específica, levando em consideração a presença ou ausência do médico na ESF'. O tratamento dos dados qualitativos e quantitativos ocorreu de forma simultânea, visando proporcionar uma relação de complementaridade entre eles. Os dados quantitativos foram tabulados no Excel 2007 e o processo de análise dos dados qualitativos ocorreu mediante o cumprimento das três etapas da técnica de análise temática proposta por Minayo[4]: a pré-análise (transcrição e leitura das entrevistas), a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entre os usuários participantes do estudo, verificou-se que a maioria era constituída por mulheres (94,1%) com idade entre 41 e 50 anos (58,0%) e com ensino fundamental incompleto (63,1%). Esses dados corroboram os estudos realizados por Barata[5] e Ribeiro *et al.*[6] para a determinação do padrão de utilização de serviços públicos de saúde, em que houve, também, a predominância do sexo feminino e baixa escolaridade entre os entrevistados.

Ressalte-se que conhecer a idade e o gênero dos usuários do serviço de saúde torna-se relevante para adequação desse serviço, uma vez que a população apresenta demanda variável no decorrer do ciclo evolutivo, estando a demanda diretamente relacionada ao gênero.

Já o grau de escolaridade dos usuários reflete a condição social da família. A baixa escolaridade pode levar à exclusão social, ao negar o direito à cidadania ao homem, mantendo o ciclo da pobreza e da marginalidade, além de aliená-lo para as perspectivas de futuro.[6]

Quanto à renda familiar, 47,9% dos entrevistados apresentaram renda entre um e dois salários mínimos. O segundo maior nível de concentração de renda ficou entre três e quatro salários mínimos, com 21,8% dos usuários, e 3,2% dos entrevistados referiram não possuir renda.

A relação evidenciada entre as variáveis grau de escolaridade e renda é coerente com o descrito na literatura. Segundo Barata,[5] as variáveis supracitadas são inversamente proporcionais à demanda por serviços de saúde, indicando pior condição de saúde nos grupos com menor renda e menor grau de escolaridade.

Todos os entrevistados relataram que eram usuários da ESF. Dentre os serviços disponíveis na USF, o mais utilizado refere-se aos procedimentos (imunização, aferição de pressão arterial, curativos, etc.), com 80,8% das citações, seguido pela consulta médica – 53,7% dos entrevistados relataram que utilizam o serviço. Vale enfatizar que em duas USF's o profissional médico estava ausente no momento da coleta de dados, fato que levou a uma queda no percentual geral de utilização desse serviço.

A consulta de enfermagem foi citada como serviço utilizado por 52,6% dos usuários. Entre as famílias entrevistadas, 33,5% relataram que utilizam o preventivo e 13,8%, a puericultura.

Os grupos de educação em saúde e as palestras são serviços utilizados por apenas 6,9% dos entrevistados. A reduzida procura pelas atividades preventivas está diretamente relacionada ao nível de escolaridade e à inserção social da população, que leva a priorizar o atendimento médico-curativo em detrimento as atividades relacionadas à qualidade de vida.[6]

Ferramentas de trabalho: espaço e recursos

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser organizada de maneira a contribuir para a estruturação e o fortalecimento da ESF, criando espaço condizente com a realidade local, incluindo população adscrita e suas especificidades, número de usuários esperados e acesso a estagiários e residentes da área de saúde.[7]

Em relação à estrutura física das USF's, a maior parte dos entrevistados (96,3%) está satisfeita, referindo conforto, privacidade e organização. Dos entrevistados, 3,7% classificaram a estrutura física das USF's como regular, afirmando que o tamanho das salas é restrito e existem obstáculos que dificultam o acesso à Unidade:

> *O prédio é novinho, pintadinho, tudo branquinho, os móveis novinhos também, tem muito espaço, é excelente [...]. Fica tudo organizado, dividido [...]. A gente tem privacidade.* (Usuário USF 3)

> *Lá tem sala separada para tudo, mas acho que as salas poderiam ser um pouquinho maiores*. (Usuário USF 5)

> *Eu fiz uma cirurgia e fui ao posto para ver a pressão, porque eu não estava passando bem. Quando cheguei lá, dei de cara com uma escada, como eu não podia subir chamei a enfermeira e ela olhou a pressão para mim na rua. Acho que isso não pode acontecer*. (Usuário USF 4)

O ambiente de trabalho bem organizado favorece o equilíbrio físico e emocional dos usuários e representa um espaço que contribui para a prestação de assistência de qualidade.[8]

Avaliou-se, também, a qualidade e a quantidade de equipamentos disponíveis nas Unidades, encontrando-se um índice de satisfação de 88,8%. Os entrevistados relataram que os equipamentos se encontram em boas condições de uso e em quantidade satisfatória. A insatisfação relativa a esse item (8,5%) foi inerente à falta da fita do glicosímetro, impossibilitando a realização da glicemia digital. Dos entrevistados, 2,7% não se julgaram capazes de opinar sobre o assunto.

> *Tem todo equipamento que a gente precisa, não falta nada, não. E está tudo funcionado direitinho, é excelente*. (Usuário USF 5)

> *Meu filho é diabético, ele passou mal esses dias para traz e o médico pediu para fazer aquele exame do dedo, a glicemia. Só que lá no posto não tinha a fita do aparelho, ficou mais de 15 dias sem. Eu acho que isso não pode acontecer; se for uma emergência, fica difícil*. (Usuário USF 6)

De acordo com o MS,[7] a USF não é local para simples triagem e encaminhamento, mas tem capacidade para resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população, bastando dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais em relação a esse compromisso.

Ao abordar a disponibilidade para procedimentos, a maioria dos entrevistados está satisfeita (88,8%), descrevendo que existe uma gama variada de procedimentos que são oferecidos na USF, o que facilita o acesso e garante a integralidade da assistência. Um percentual de 11,2% dos entrevistados não opinou sobre a variável em questão. Os usuários também se mostraram satisfeitos por existir a possibilidade de realizar os procedimentos no domicílio. Esse é um indicativo da qualidade do serviço, uma vez que existe maior preocupação e cuidado com aqueles que se encontram mais fragilizados:

> *Aqui eles fazem de tudo: vacina, nebulização, medicamento, curativo, olha a pressão, faz o teste do pezinho, acho que tem tudo que a gente precisa, né? Até soro na veia, se precisar eles ligam, em relação a isso não tenho nada que reclamar, não, é excelente*. (Usuário USF 3)

> *Meu filho fez uma cirurgia no joelho e o ortopedista pediu para fazer curativo de dois em dois dias. Como meu filho não podia andar e a gente não tem carro, eu fui no posto e conversei com a enfermeira, ela veio aqui em casa e fez o curativo direitinho. Foi muito bom, muito bom mesmo*. (Usuário USF 2)

Caracterização da acessibilidade na Saúde da Família

Por meio da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde passa a ser um direito de cidadania, que deve ser garantido a todos os brasileiros mediante políticas sociais e econômicas que viabilizem acesso igualitário aos mais diversos serviços, incluindo ações preventivas, promocionais, terapêuticas e reabilitadoras.[9]

A acessibilidade ao serviço "permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de 'ações de saúde' e a oferta de recursos para satisfazê-la".[10]

Para fins didáticos, utilizou-se a classificação de acessibilidade segundo Fekete,[10] que resulta da combinação de fatores de ordem geográfica e organizacional.

A acessibilidade geográfica envolve características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter a assistência à saúde. A mensuração desse atributo pode ser realizada em função do tempo desprendido para alcançar a assistência à saúde, pelos meios habituais de transporte e pelas características físicas da área que impeçam ou dificultem o acesso ao serviço.[10]

A acessibilidade geográfica foi classificada em excelente ou bom por 89,4% dos entrevistados. Os entrevistados ressaltaram como motivo de satisfação a boa localização da USF, a pouca distância da USF até seu domicílio, o curto intervalo de tempo gasto no percurso até a USF

e a possibilidade de não utilizar meio de transporte. Apenas 10,6% dos entrevistados classificaram o serviço como regular, ruim ou péssimo. A insatisfação pode estar associada à maior proximidade da USF de outros domicílios, fato que está intimamente relacionado à localização da Unidade, visto que os usuários não utilizam meio de transporte e chegam ao serviço em tempo relativamente curto:

> *É pertinho. O posto fica bem localizado para todo mundo. Eu acho ótimo, fica bem perto para mim*. (Usuário USF 4)

> *Eu acho que poderia ser um pouquinho mais perto. Está mais próximo do centro que aqui do bairro. Para ir a pé, quando está passando mal, fica bem longe*. (Usuário USF 2)

> *Em 20-30 minutos eu chego ao posto. Não há necessidade de ir de carro, não; só vou de carro se tiver disponível mesmo. Mas ônibus não vale a pena pegar; a pé eu chego mais rápido*. (Usuário USF 2)

A acessibilidade organizacional reflete os obstáculos que se originam da organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem ser anteriores ao contato inicial ou se originar dele. No primeiro caso, estão inseridos fatores como a demora em obter uma consulta, a inadequação de horários e o tipo de agendamento. No segundo caso, pode ser citado o tempo de espera para consulta médica e demais procedimentos, bem como obstáculos que surgem na continuidade da assistência, como nos mecanismos de referência e contrarreferência.[10]

Um aspecto investigado, anterior ao contato inicial, foi o horário de funcionamento da USF. Ao opinarem sobre esse quesito, 89,4% dos entrevistados atribuíram-lhe grau excelente ou bom e 10,6%, regular, ruim ou péssimo. Foram apontados como motivos de insatisfação o horário diferenciado de atendimento – às quartas-feiras, a USF funciona das 12 às 19 horas, visando contemplar os funcionários das indústrias pirotécnicas – e as reuniões em equipe realizadas nas sextas-feiras, das 7 às 8 horas:

> *O horário de atendimento é muito bom. Abre cedinho e vai o dia todo, até as cinco da tarde [...]. Não fecha para almoço, não, isso é excelente. A auxiliar de enfermagem está lá neste horário para atender. Faz uma vacina, um curativo, olha uma pressão...* . (Usuário USF 4)

> *Eu acho o horário ruim, porque na quarta-feira só abre meio-dia, aí a gente tem que esperar abrir para consultar*. (Usuário USF 3)

> *Às vezes a gente chega à sexta-feira às 7 horas passando mal, querendo consultar, mas o posto está fechado, tem uma plaquinha avisando que está em reunião, aí a gente tem que esperar ou voltar mais tarde. Acho esse horário regular*. (Usuário USF 4)

Um aspecto importante ao delimitar o horário de atendimento da USF é o respeito à preconização do MS, ou seja, a ESF deve cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.[11]

Cabe ressaltar, ainda, que a realização das reuniões é essencial para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, sendo necessário esclarecer de forma objetiva e permanente a finalidade dessas reuniões aos usuários, conscientizando-os de que durante este momento o que se propõe é a melhor maneira de intervir nos problemas de saúde mais complexos apresentados pela população.

Investigou-se, também, no contato inicial nas USF's, o acesso à consulta médica agendada e eventual,** sendo esse aspecto analisado separadamente para as USF's que possuíam e não possuíam médico integrando a ESF'.

Nas USF's em que o médico integrava a ESF', 59,8% dos usuários classificaram a consulta médica agendada como excelente ou boa, 26,2% como regular ou ruim e 14% não souberam opinar. Com referência à consulta médica eventual, 52,5% dos usuários classificaram a consulta médica agendada como excelente ou boa, 14,7% como regular ou ruim e 32,8% não souberam opinar. Muitos usuários não opinaram, alegando a não utilização do serviço até o presente momento.

Ao analisar as falas dos usuários, percebe-se que parte deles considera o atendimento rápido e eficiente, e outra parcela alega que a demanda é grande, fato que gera insatisfação por comprometer a agilidade no processo agendamento:

> *Não é difícil, não. Eu peço consulta em oito dias e sai, no máximo em 15; depende da necessidade. [...] Eles atendem também* [consulta eventual]*, é rapidinho, na hora. É só chegar, e eles colocam boa vontade para atender*. (Usuário USF 2)

> *Aqui fica muita gente esperando consulta, demora muito*. (Usuário USF 3)

Nas USF's em que o médico estava ausente, 97% dos usuários julgaram o acesso à consulta médica agendada como ruim ou péssimo e 3% não opinaram, sendo o mesmo índice avaliativo atribuído à consulta médica eventual:

> *Ah, isso* [consulta médica agendada e eventual] *é péssimo, né? Não tem médico*. (Usuário USF 5)
> *Lá no posto eles fazem o que podem para a gente, mas consulta a gente não consegue, porque não tem médico, só vez ou outra. É muito difícil, eu acho que neste ponto está ruim, precisa melhorar*. (Usuário USF 6)

O MS enfatiza que a ESF' deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um técnico ou auxiliar de

** Conceitua-se consulta médica eventual aquela decorrente de uma intercorrência aguda, que exige atendimento rápido, impossibilitando o agendamento prévio da consulta.

enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS's).[11]

A ESF', quando formada por profissionais de áreas diferentes, além de cumprir uma exigência do MS, tem maior probabilidade de atender a diferentes demandas, possibilitando lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, incorporando procedimentos tecnológicos específicos e diversos saberes e práticas imprescindíveis a uma abordagem integral e resolutiva.

Com o intuito de tentar minimizar a ausência do médico, o município adotou o sistema de rodízio para garantir atendimento semanal nas Unidades onde o profissional se encontrava ausente, porém essa conduta não foi aprovada pelos usuários e compromete a coordenação da atenção, como se percebe nas narrativas que se seguem:

> *Tem dia na semana que tem médico aqui, mas é médico de outro posto que vem atender aqui e vai embora; acho que isso não resolve, não, porque lá nesse dia fica sem médico e alguém pode precisar*. (Usuário USF 6)

> *Eu estava fazendo exames com o Dr. fulano, aí, quando eu pensei em entregar para ele, ele já não estava mais lá* . (Usuário USF 5)

Mesmo expressando insatisfação em relação à ausência do médico, os usuários deixam claro que nos casos de urgência eles conseguem a consulta fora da Unidade:

> *Toda vez que eu chego ao posto e é urgência, eles arrumam logo. [...] Se não tem médico no posto eles mandam para outro posto.* (Usuário USF 6)

> *Se for um caso de urgência mesmo, eles encaminham para o Centro de Especialidades; lá tem médico*. (Usuário USF 5)

O Centro de Especialidades Médicas, que deveria atender apenas aos casos mais complexos, passou a ser referência para os usuários em caso de consulta médica eventual, como se nota no trecho a seguir:

> *Se for caso de urgência, se você quiser mesmo consultar, é só ir ao Centro de Especialidades. Ai, lá, é só chegar e consultar*. (Usuário USF 5)

Franco e Merhy[12] descrevem que a população continua recorrendo ao serviço de saúde diante das situações de angústia e sofrimento. Não havendo um esquema para atender-lhe e dar uma resposta satisfatória a seus problemas no nível da APS, elas acabam desembocando em nível mais complexo do sistema, sendo esse um erro estratégico da ESF, o que enfraquece em demasia seus propósitos, uma vez que a população acaba forçando a organização dos serviços com modelagem comprometida com o modelo médico hegemônico para responder às necessidades imediatas em saúde.

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo que resulta de um amplo conjunto de determinantes como características de organização da oferta, características sociodemográficas dos usuários, perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços.[13]

As escolhas individuais também são cruciais, visto que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Desigualdades no uso dos serviços de saúde refletem desigualdades individuais ao risco de adoecer e morrer.[14]

A ESF, norteada pelo atributo da orientação comunitária, com adscrição da clientela, cria espaço privilegiado para reconhecimento dos fatores que originam a demanda do serviço, gerando a possibilidade de atuar efetivamente sobre essa demanda, uma vez que em algumas situações há necessidade de intervenções que extrapolam as possibilidades do setor saúde, o que requer maior grau de complexidade por meio de ações intersetoriais.

Foi avaliada, também, a acessibilidade organizacional, que se encontra na dependência de obstáculos que surgem na continuidade da assistência (sistema de referência e contrarreferência), o que implica dizer que os obstáculos podem seguir-se no próprio serviço e por todo o sistema.[10] No âmbito da acessibilidade organizacional foi avaliado o acesso à consulta médica especializada e a exames complementares.

Dos entrevistados, 47,3% classificaram o acesso à consulta médica especializada como excelente ou bom, 20,2% como regular, ruim ou péssimo. Em relação ao acesso aos exames complementares 47,3% dos entrevistados mostraram-se satisfeitos, enquanto 37,8% apontaram esse item como um obstáculo encontrado no sistema. Ressalte-se que 32,5% dos entrevistados não souberam opinar quanto ao acesso à consulta especializada e 14,9% dos usuários responderam que não sabiam avaliar o acesso a exames complementares, negando a utilização desses serviços. Por meio das narrativas que se seguem, evidenciam-se obstáculos que comprometem a integralidade e a continuidade da assistência referente à acessibilidade organizacional.

> *Eles encaminham, mas é difícil para conseguir consultar com especialista, principalmente com ginecologista. A gente fica esperando meses, às vezes até desiste*. (Usuário USF 6)

> *Com facilidade não consegue, não* [exame complementar]. *Tem a demora porque você pega o pedido, aí você vai à Secretaria para marcar. Igual eu estou com um pedido de ultrassom da mama tem meses. Todo mês eu vou lá, todo começo de mês eles falam que vão marcar, e nada, fica para voltar no próximo mês, e assim vai*. (Usuário USF 1)

Acredita-se que o acesso a tecnologias de saúde representa aspecto importante a ser considerado pelo setor, visto que a APS por si só não tem sido suficiente para atender às necessidades da população em sua totalidade.

Nessa perspectiva, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito dos SUS, deve ser

desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo que as ações do sistema municipal devem estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.[15]

De acordo com Franco e Merhy,[12] a ESF deve ser explorada em seus limites e incorporada como uma modalidade tecnológica integrante da complexa rede de atenção, antes de ser considerada suficiente para a resolução de todos os problemas.

Os usuários revelam, ainda, barreiras na forma de agendamento para exames, o que os tornam insatisfeitos com o serviço:

> *Para fazer exame de glicose do meu filho tem que ir lá* [laboratório municipal] *marcar de madrugada, quatro horas da madrugada, ai tem a quantidade de exame que marca, às vezes você vai, fica na fila e não consegue marcar. Aí tem que ir à Santa Casa para fazer, mas quando a gente não tem dinheiro fica sem fazer. Porque lá faz, mas paga*. (Usuário USF 6)

A dificuldade de acesso a consultas especializadas e exames complementares fere direitos constitucionais quando se considera a saúde como direito de cidadania e também corrompe princípios regulamentares do SUS, como a integralidade, a equidade e a universalidade da assistência. Também revela uma lacuna no ponto de atenção secundária e, em decorrência do fato, os usuários ficam expostos a agravamentos da condição de saúde. Além disso, tal aspecto gera desconforto para a ESF', a quem cabe dar respaldo no caso da situação de demora.

Humanização da assistência: o ícone da relação profissional-usuário

Com a finalidade de romper com a fragmentação e a verticalização nos processos de trabalho que permeiam as relações usuário-profissional, o MS criou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), idealizando uma assistência à saúde mais humana e integral.

A Política Nacional de Humanização deriva da valorização dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, mediante o estabelecimento de redes, vínculos e de corresponsabilidade entre usuário-profissional, imbricando diferentes ações, saberes e práticas, buscando a garantia de uma atenção integral, resolutiva e humanizada.[16]

Ao abordar aspectos relacionados à interação profissional-usuário, percebe-se um relacionamento diferenciado, marcado pelo interesse, pela atenção, pela cortesia, pelo respeito, mediante uma escuta qualificada e responsabilização pelas queixas apresentadas, atendimento que resulta na integralidade e na longitudinalidade da assistência.

A maioria dos usuários está satisfeita em relação ao trabalho exercido pelo médico, sendo o percentual de aprovação de 44,6%. Entre os entrevistados, 43,2% não opinaram, dada a ausência do profissional médico no momento da coleta de dados ou pelo fato de nunca terem utilizado o serviço, e 12,2% classificaram o trabalho do médico como regular, ruim ou péssimo.

Os usuários revelaram em suas falas um relacionamento médico-cliente acolhedor, firmado na informalidade, na eficiência das ações e na competência técnica, exceto para uma única USF:

> *O médico é excelente, ele é muito atencioso, ele verifica tudo, ele apalpa, ele faz exame da pressão, conversa, orienta. [...] Ele é muito bom, muito atencioso mesmo, até melhor que o médico particular* . (Usuário USF 1)

> *A médica que atende lá [...] é muito boa; ela examina diretinho, conversa, explica, pede para voltar depois se precisar, acompanha a gente até a porta. Essa atenção, esse cuidado é importante, ainda mais para quem está doente. Eu acho excelente*. (Usuário USF 3)

> *O Dr. lá, esqueci o nome dele, já consultei com ele, só uma vez mas não gostei, não, ele não conversa, sabe? Não dá atenção, não, é rapidinho, ele te olha, aí já passa a receita e pronto*. (Usuário USF 2)

É importante considerar que a prática multiprofissional, a territorialização e o vínculo operam nos microprocessos do trabalho em saúde, sendo necessário penetrar nos valores e comportamentos dos profissionais de saúde com o objetivo de constituir uma nova ética, presidida de valores humanitários e de solidariedade, modificar suas referências epistemológicas e incorporar ao arsenal tecnológico a produção do acolhimento, do vínculo, da autonomização e da resolutividade.[12]

A ausência dos atributos supracitados pode ser consequência da formação acadêmica do profissional médico e do modelo de atenção à saúde hegemônico, que prioriza a prática individual e curativa, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde, em detrimento da utilização das tecnologias leves.

Franco e Merhy[12] enfatizam que a ESF visa romper com essa forma de agir em saúde, operando de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos do profissional, que em última instância define o perfil da assistência. Vincula, também, uma nova relação, que foge do padrão tradicional, na qual um é sujeito e o outro objeto. A nova relação, na qual profissional e usuário são produtores de saúde, deve se dar entre sujeitos.

Encontrar ferramentas que viabilizem a reestruturação do processo de trabalho não é tarefa fácil, uma vez que exige que sejam agregados ao conhecimento técnico outros conhecimentos e habilidades, relacionados com a dinâmica social e o trabalho em equipe, visando à transdisciplinaridade e à integralidade.[17]

Outro fator que pode comprometer o trabalho desempenhado pelo médico é a insatisfação com o seu vínculo empregatício – prestação de serviços –,

uma realidade nova, na qual o profissional se encontra desprovido de amparo legal referente ao exercício profissional e não é contemplado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Quando abordados sobre o atendimento pela equipe de enfermagem, inicialmente os usuários tiveram dificuldade em identificar as diferentes categorias profissionais na enfermagem, o que pode ser percebido nas narrativas abaixo:

> *Você quer que eu fale é sobre a enfermeira chefe?* (Usuário USF 2)

> *O que é mesmo técnico de enfermagem?* (Usuário USF 6)

Após a diferenciação das categorias profissionais por parte das pesquisadoras, os usuários conseguiram classificar o atendimento de cada profissional devidamente. Os entrevistados se mostraram bastante satisfeitos em relação ao atendimento por parte da equipe de enfermagem.

Em relação ao desempenho da enfermeira, 78,7% dos usuários o classificaram como excelente ou bom, 6,4% como regular, ruim ou péssimo e 14,9% não souberam informar. Números semelhantes foram obtidos pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem, visto que 89,9% classificaram o atendimento como excelente ou bom, 8,5% como regular, ruim ou péssimo e 1,6% não soube informar:

> *Eu acho a boa vontade da equipe* [enfermagem] *uma coisa muito boa, sempre pronta para atender, sempre de carinha boa. Não tem uma hora que você chega e elas falam: 'Não, não posso'. Se está apertado, elas falam: 'Senta, espera um pouquinho, já volto, vou dar um jeitinho'*. (Usuário USF 5)

Sobre o trabalho desempenhado pelos ACSs, o maior percentual dos usuários (78,7%) o classificou como excelente ou bom e 21,3% atribuem a essa variável a classificação regular, ruim ou péssimo. Entre os usuários que fizeram avaliação negativa do trabalho dos ACSs, foram apontados como motivos de insatisfação fatores inerentes à conduta particular do ACS, como não viabilizar uma receita ou a demora para agendar uma consulta. Evidencia-se, também, que o desconhecimento em relação ao modelo assistencial vigente interfere no nível de satisfação do usuário:

> *Eu acho que ela demora muito para marcar as consultas, pegar receita; acho que é ruim o trabalho dela*. (Usuário USF 3)

> *O trabalho deles é péssimo; acho um desperdício de dinheiro este monte de mulher andando pela rua, a gente não precisa disso, não, a gente precisa é de mais médico para atender*. (Usuário USF 3)

Por meio das falas dos usuários que avaliaram satisfatoriamente o trabalho dos ACSs, percebe-se uma relação de amizade, vínculo, responsabilidade, com privilégio das ações preventivas e promocionais. Os ACSs são valorizados, também, pelo fácil trânsito que dispõe no sistema formal de atenção à saúde, o que torna facilitado o acesso ao cuidado:

> *Muito bom, ela vem, vê se você está precisando de alguma coisa, pergunta se precisa de consulta, se quer um preventivo. É muito bom, às vezes, assim, pergunta se eu quero soro para dar para minha filha quando eu falo que ela está com diarreia, olha os cartões de vacina para ver se está tudo em dia realmente; é excelente*. (Usuário USF 5)

A qualidade da assistência

A qualidade da assistência está relacionada ao quanto a demanda em saúde está sendo atendida de forma otimizada pelo serviço de saúde. O termo "qualidade", quando definido em sentido mais amplo, também se relaciona à satisfação dos usuários com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação da assistência.[18]

Na dimensão da qualidade, emergiram os seguintes temas: competência e qualidade técnica da equipe, resolutividade do serviço e descrição da assistência à saúde antes e após a implantação da ESF.

Dos entrevistados, 90,4% dos usuários se mostraram satisfeitos em relação à competência da ESF', relatando terem recebido diagnóstico, tratamento e orientações adequadas. Enfatizaram, também, a supremacia do serviço público em relação ao privado. Para 9,6% dos entrevistados, a competência da ESF' é regular, não sendo obtidas respostas como ruim ou péssimo.

> *É excelente; eu tenho muita confiança neles, como eu já falei, eu até prefiro o posto que o serviço particular, porque eles são mais atenciosos, olham melhor, orientam tudo direitinho*. (Usuário USF 1)

> *Todas as vezes que eu procurei, levei minhas meninas deu certo; assim, o doutor passa o remédio certinho, dá certo, resolve o problema. Eu nunca tive problema com remédio lá, não, pode confiar*. (Usuário USF 6)

Cabe enfatizar que os usuários reconhecem que em algumas situações os profissionais não estão aptos a lidar com a totalidade e a complexidade das demandas apresentadas, mas esse fato não gera insatisfação aos usuários, que reconhecem a impossibilidade do profissional em abranger todo o conhecimento existente e alegam o interesse do profissional em aprimorar seu nível de conhecimento, disponibilizando a informação em momento posterior:

> *Ela* [enfermeira] *procura informar sobre alguma coisa que às vezes ela tem dificuldade de entender, para depois estar te falando, sabe? Então nesse ponto é excelente*. (Usuário USF 3)

Outra dimensão analítica que se enquadrou na qualidade da assistência foi a resolutividade.

De acordo com o MS,[19] o termo "resolutividade" está relacionado à capacidade de cada nível de atenção, no limiar de sua competência de enfrentar e solucionar os problemas de saúde apresentados pela população.

A variável resolutividade foi analisada apenas em caráter qualitativo, sendo que a maior parte dos usuários mostrou satisfação em sua avaliação, citando bom atendimento do serviço e a possibilidade de encaminhamento a consultas especializadas. Por meio das narrativas, percebe-se que os usuários declararam satisfação ao fato de conseguir o atendimento, independentemente do tempo transcorrido até obtê-lo. Nota-se, também, que a ESF', até o nível de sua competência, consegue resolver os problemas de saúde que lhes são apresentados, porém existem obstáculos externos à Unidade que impedem a prestação de um cuidado integral e contínuo. A ausência do médico nas USF's também comprometeu a resolutividade:

> *É resolvido, sim, só se não tiver no alcance deles, como alguma coisa que não é feita lá. Mas lá dentro do posto eu nunca voltei sem uma solução*. (Usuário USF 2)

> *Quando eles não conseguem resolver o problema, eles encaminham a gente para o especialista. A gente não consegue com muita facilidade, não, tem a demora como sempre pelo SUS, mas está bom, porque demora, mas no final a gente consegue e dá certo*. (Usuário USF 4)

> *Ultimamente está difícil de resolver tudo porque às vezes a gente vai lá querendo consulta, mas não tem médico, aí tem que procurar outro recurso. Isso daí não está bom, não*. (Usuário USF 6)

Ao solicitar que os usuários descrevessem como eles percebiam a assistência e a organização dos serviços de saúde antes e após a implantação da ESF, muitos afirmaram que não sabiam descrever, pois passaram a utilizar o serviço público de saúde somente após a implantação da ESF, o que induz a ideia de maior acessibilidade atualmente. Entre os que as descreveram, afirmaram melhora significativa do serviço e a associaram à presença do médico em horário integral na USF:

> *Antes era muito difícil, não tinha médico nos postos. Ele atendia às consultas e ia embora; se acontecesse qualquer emergência, não tinha jeito, e agora, não, o médico está no posto o tempo inteiro de funcionamento para atender a gente, então é uma diferença, uma coisa gritante. Hoje é muito melhor, não tem nem comparação, tem assistência mesmo*. (Usuário USF 4)

Ainda hoje, a perspectiva do usuário em relação a um serviço de saúde está muito ligada à assistência curativa, fator que indica a hegemonia do modelo assistencial flexneriano, mesmo quando os usuários caracterizam um serviço considerado dispositivo para mudanças e alternativa viável para preencher as lacunas do modelo supracitado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada revelou elevado índice de satisfação dos usuários em relação à assistência oferecida pela ESF, porém, ao se analisar a subjetividade imbuída nas falas dos usuários, percebe-se certa insatisfação relativa a algumas das variáveis estudadas, resultando nos seguintes obstáculos:

- A ausência do profissional médico em algumas USF's afetou a avaliação ao acesso à consulta médica agendada e eventual, levando à ausência da coordenação da atenção, bem como prejudicou, também, a resolutividade de alguns problemas apresentados pela população no nível da APS.
- A demora no agendamento e a forma como são agendados exames complementares e consultas médicas especializadas dificultaram a integralidade e a continuidade da assistência.
- O horário de funcionamento da USF foi um aspecto organizacional que prejudicou a acessibilidade do serviço, que é considerado porta de entrada para o sistema.

Considerando que a avaliação dos usuários pode auxiliar no cotidiano e na gestão dos serviços de saúde, acredita-se que os resultados do estudo levam à necessidade de realizar reflexões sobre as considerações colocadas por estes, tanto no interior das ESF's, visando ao aperfeiçoamento e à qualidade da assistência à saúde, como no âmbito da gestão pública, propiciando a formulação da política de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. 300p.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Novos Horizontes. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2002; 2(4).

3. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2009. 175p.

4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2004. 269p.

5. Barata RT. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva. 2008 jul./dez; 22(2):19-29.

6. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):1011-22.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. Beck CLC, Gonzales RMB, Demnardin JM, Trindade LL, Lautert L. Humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(3):503-10.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC; 1994.

10. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 114-20.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.

12. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-line, 1999. [Citado 2007 set. 12]. Disponível em: *http://www.datasus.gov.br/cns*.

13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (sup.2): 190-8. [Citado 2008 jun. 11]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf

14. Pinheiro RS, Viavava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4):687-707. [Citado 2007 set. 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf.

15. Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. 108 p. [Citado 2008 jan. 28]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Secretaria Executiva Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 32p. [Citado 2007 jul. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/0440%20miolo.pdf.

17. Koster I. "Toolkit" para o trabalho na estratégia saúde da família. Informe-se em promoção da saúde. 2006 2(2):11-2. [Citado 2008 jun. 12]. Disponível em: http://www.uff.br/promoçãoda saúde/informe

18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

19. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 72 p.

Data de submissão: 2/3/2009
Data de aprovação: 15/10/2010

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA À GESTANTE DIABÉTICA: PERFIL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

SYSTEMATIC ASSISTANCE PROGRAM DURING DIABETIC PREGNANCY: PROFILE OF WOMEN ATTENDED IN A UNIVERSITY HOSPITAL FROM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

PROGRAMA DE ASISTENCIA SISTEMATIZADA A EMBARAZADAS DIABÉTICAS: PERFIL DE MUJERES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Sônia Maria Soares[1]
Ivone Maria Martins Salomon[2]
Dinamara Barreto dos Santos[3]
Elaine Belém Figueiredo[4]

RESUMO

O objetivo com este estudo foi analisar o perfil de mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional, uma das complicações mais comuns durante a gestação. Foram utilizados, para tal, dados do Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética, desenvolvido pelo Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Esses dados foram levantados com base na análise de 330 fichas de cadastro e prontuários das mulheres atendidas no Serviço no período de 1997 a 2003. Algumas das variáveis consideradas para análise foram: história familiar de diabetes *mellitus*, período de diagnóstico do diabetes, faixa etária, uso de insulina, tabagismo, etilismo e diagnóstico de hipertensão arterial, presença de filhos com peso ao nascer acima de 4 kg. Os resultados mostraram que entre as mulheres com diabetes gestacional, 68% apresentavam história familiar de diabetes *mellitus*, sendo o diagnóstico confirmado no 3º trimestre em 74% dos casos. Observou-se, ainda, que 22% das gestantes eram tabagistas, 23% hipertensas e apenas 42% haviam planejado a gravidez. Diante desses dados, percebe-se que é necessário intensificar o acompanhamento de mulheres que manifestaram diabetes gestacional monitorando outros fatores de risco que podem levar ao aparecimento do diabetes *mellitus* tipo 2, favorecendo o diagnóstico precoce e o encaminhamento adequado.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*; Diabetes Gestacional; Complicações na Gravidez; Fatores de Risco.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the profile of women with gestational diabetes, one of the most common complications in pregnancy. It used data from the Systematic Assistance Program in Diabetic Pregnancy developed for the Special Service in Endocrinology and Metabolism of the Federal University Hospital in Minas Gerais. This data came from 330 registration forms and medical records of patients treated by the service between 1997 and 2003. The following variables have been considered: family history of diabetes *mellitus*, period of diagnostic of diabetes, age, use of insulin, smoking, alcoholism, arterial hypertension, previous delivery of a LGA baby. The results showed that 68% of the women had a family history of diabetes mellitus and 74% confirmed the diagnosis in the 3rd trimester. It was observed that 22% were smokers, 23% had arterial hypertension and only 42% had planned the pregnancy. Based on these data we notice that it is necessary to intensify the monitoring of women with gestational diabetes watching for other risk factors leading to the diabetes *mellitus* type 2, favouring an early diagnosis and an adequate medical referral.

Key words: Diabetes *Mellitus*; Gestational Diabetes; Pregnancy Complications; Risk Factors.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar el perfil de las mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional. Para ello se utilizaron datos del Programa de Asistencia Sistematizada a Embarazadas Diabéticas desarrollado por el Servicio Especial de Endocrinología y Metabología del Hospital de la Universidad Federal de Minas Gerais. Dichos datos fueron obtenidos del análisis de 330 fichas de registro y expedientes médicos de mujeres que asistieron al servicio entre 1997 y 2003. Algunas de las variables consideradas para el análisis fueron: historia familiar de diabetes *mellitus,* período de diagnóstico de la diabetes, edad, uso de la insulina, tabaquismo, alcoholismo, diagnóstico de hipertensión arterial, presencia de niños con peso al nacer superior a los 4 kg. Los resultados mostraron que 68% de las mujeres con diabetes gestacional tenía antecedentes familiares de diabetes *mellitus* y el diagnóstico se confirmó en el 3er trimestre en 74% de los casos. También se observó que el 22% de las mujeres embarazadas era fumante, 23% hipertensa y que sólo 42% había planeado el embarazo. Ante tales datos hay necesidad de intensificar el seguimiento de mujeres con diabetes gestacional controlando otros factores de riesgo que pueden conducir a la diabetes *mellitus* tipo 2 mediante, favoreciendo el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.

Palabras clave: Diabetes *Mellitus*; Diabetes Gestacional; Complicaciones en el Embarazo; Factores de Riesgo.

[1] Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano.
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG.
[3] Enfermeira. Ex-bolsista de Iniciação Científica do projeto *Convivendo com o diabetes gestacional*.
[4] Enfermeira. Ex-bolsista do projeto *Convivendo com o Diabetes Gestacional*.
Endereço para correspondência – Rua Braz Cubas, 21, ap. 301, bairro Cruzeiro, CEP 30310-220 – Belo Horizonte-MG. E-mail: smsoares.bhz@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

Em uma gestação, normal ocorrem várias alterações metabólicas nos compartimentos materno, placentário e fetal. Na primeira metade da gestação, os níveis glicêmicos maternos em jejum estão reduzidos em cerca de 10% a 20%, dada a hiperplasia das células beta do pâncreas. Em contrapartida, na segunda metade da gestação, a adaptação hormonal é considerada diabetogênica, pois ocorre aumento na resistência a insulina em consequência da elevação crescente de vários hormônios placentários, dentre eles o hormônio lactogênio placentário, prolactina, glucagon e cortisol. Por causa desse aumento da insulino-resistência provocado pela ação desses hormônios contrainsulínicos, os valores da glicemia materna aumentam em razão da elevação da produção hepática de glicose e da diminuição dos estoques de glicogênio hepático. A produção hepática de glicose é elevada em decorrência da redução da sensibilidade hepática à insulina, ou seja, os altos níveis de insulina em jejum não suprimem a produção de glicose pelo fígado como deveriam. Essa sobrecarga pode, então, revelar dificuldades na homeostasia dos carboidratos.[1,2]

Essa dificuldade na homeostasia dos carboidratos, associada a fatores de risco ou à predisposição à intolerância à glicose, pode resultar em diabetes gestacional, definida como intolerância aos carboidratos, em graus variados de intensidade, diagnosticado pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.[3,4] Isso ocorre porque as necessidades tissulares de insulina para a regulação da glicose superam a capacidade das células betapancreáticas. Assim, a secreção de insulina encontra-se prejudicada no diabetes *mellitus* gestacional (DMG), dada a destruição das células betapancreáticas, semelhantemente ao que ocorre no diabetes *mellitus* tipo 2, com redução da função pancreática de 30% a 70%.[2] As causas consideráveis para a disfunção das células beta são: disfunção autoimune, anormalidades genéticas e resistência à insulina crônica.[5]

Os fatores de risco são: idade superior a 25 anos; obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; deposição central excessiva de gordura corporal; história familiar de diabetes *mellitus* em parentes de 1º grau; baixa estatura; crescimento fetal excessivo, polidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional.[6]

Segundo a American Diabetes Association (ADA),[7] a prevalência do diabetes gestacional pode variar de 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados, o que torna tal patologia um sério problema de saúde pública, responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal.[1,3,8] Estudos têm demonstrado o aumento na prevalência do DMG, o que está diretamente relacionado às maiores taxas de obesidade, principalmente nos mais jovens.[5] Logo, é de extrema importância a anamnese bem elaborada e dirigida, visando ao reconhecimento dos fatores de risco de desenvolvimento do diabetes gestacional, uma vez que as gestantes que apresentam dois ou mais dos fatores de risco têm maior probabilidade de apresentar essa patologia e necessitam de um acompanhamento pré-natal diferenciado.

Dessa forma, o Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG oferece um Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética. Esse programa, iniciado em 1989, integrado à sistematização do atendimento a gestantes portadoras de endocrinopatias, em parceria com os serviços de Ginecologia-Obstetrícia e Endocrinologia, tem como objetivo atender gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional e gestacional. O acompanhamento, em nível hospitalar e ambulatorial, é oferecido semanalmente, com uma média de 15 a 20 gestantes diabéticas atendidas por semana, realizado da admissão da gestante no Serviço até o final da gravidez, incluindo a avaliação pós-parto dos parâmetros glicêmicos e a orientação para saúde.

A maioria das gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional retorna à tolerância normal aos carboidratos no puerpério. Mesmo assim, essas mulheres devem ser acompanhadas no pós-parto a intervalos regulares, com o intuito de detectar precocemente uma possível diabetes, principalmente na preparação de uma futura gestação, uma vez que a recorrência do diabetes gestacional é evento comum.[9,10] Tal cuidado se faz importante, pois 68% das gestantes atendidas pelo Programa possuíam uma história familiar de diabetes *mellitus*, o que torna maior o risco de a mulher permanecer com diabetes ou desenvolver mais tardiamente a patologia.

A avaliação pós-parto e a orientação para a saúde oferecidas pelo serviço, porém, não são suficientes para se ter um controle adequado, a fim de evitar o diabetes *mellitus* tipo 2, ou de delongar o aparecimento da doença. Desse modo, busca-se esclarecer, com este estudo, a importância de se criar no programa um serviço que atenda às necessidades dessas mulheres que apresentaram diabetes gestacional, pois são muitas as que retornam ao ambulatório com diabetes *mellitus* tipo 2 em busca de uma assistência mais direcionada, não oferecida pela assistência básica, tampouco pelo programa.

Assim, o objetivo com este estudo foi analisar o perfil das mulheres atendidas pelo Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG, no período de 1997 a 2003, relacionando-o aos fatores de risco e às complicações decorrentes do diabetes gestacional e aos hábitos de vida dessas clientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória. Segundo Gil, as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever as características de determinada população e as pesquisas exploratórias, proporcionar uma visão geral sobre determinado fato, especialmente quando é pouco explorado.[11]

Optou-se por incluir na pesquisa apenas as clientes com diagnóstico de diabetes gestacional atendidas

pelo Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética no período de 1997 a 2003, considerando a importância do controle dos fatores de risco relacionados ao aparecimento de diabetes *mellitus* tipo 2 após o parto. Assim, foram selecionadas 330 mulheres, com base nas fichas de cadastro e prontuários. Essas fichas são preenchidas durante uma entrevista individual, que precede à consulta com o endocrinologista para a admissão da gestante, e para o acompanhamento do controle glicêmico há um levantamento sumário da história do diabetes, da anamnese obstétrica e do acompanhamento feito no ambulatório durante a gestação.

Com base nos dados levantados desses documentos foram elaborados gráficos e tabelas, a fim de facilitar a análise e a compreensão dos resultados obtidos. Foram consideradas pelo estudo as seguintes variáveis: história familiar de diabetes *mellitus*, período de diagnóstico do diabetes, uso de insulina, tabagismo, etilismo, diagnóstico de hipertensão arterial, presença de filhos ao nascer com mais de 4 kg, faixa etária, informações prévias sobre o diabetes e se a gravidez foi desejada e/ou planejada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que 68% das mulheres que desenvolveram diabetes gestacional apresentavam história familiar de diabetes (GRÁF. 1), sendo que em 74% destas o diagnóstico foi confirmado no 3º trimestre, por ser esse o período de maior produção dos hormônios placentários que têm ação hiperglicemiante (GRÁF. 2).

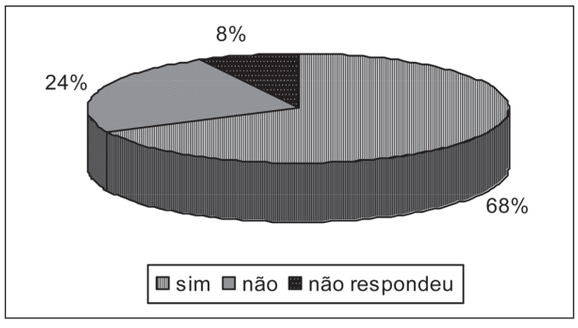

GRÁFICO 1 – Gestantes diabéticas com história familiar de diabetes *mellitus*

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

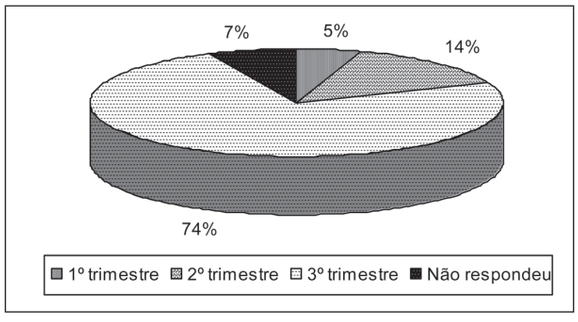

GRÁFICO 2 – Período de diagnóstico do diabetes gestacional

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

A ADA[7] recomenda que todas as gestantes sejam testadas para diabetes gestacional entre a 24ª e a 28ª semana, porque nessa época a placenta produz maior quantidade de hormônios, que vão provocar resistência à insulina, dada a presença dos hormônios placentários. A detecção precoce das alterações metabólicas por meio do conhecimento dos fatores de risco do desenvolvimento dessa patologia e da interpretação dos critérios bioquímicos de diagnóstico, mediante a glicemia de jejum e o teste oral de tolerância à glicose, visa à instituição imediata do tratamento, minimizando a morbidade e a mortalidade materno-fetal.[12]

Além disso, 86% das gestantes tinham idade superior a 25 anos, um fator de risco a favorecer o aparecimento do diabetes gestacional (GRÁF. 3). O Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional, concluído em 1997, revelou que a prevalência dessa doença em mulheres com mais de 25 anos, atendidas no SUS, é de 7,6%, com 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.[3]

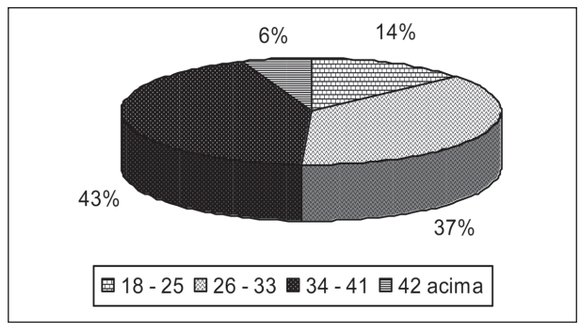

GRÁFICO 3 – Faixa etária das gestantes com diabetes gestacional

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

Verificou-se que 64% das gestantes faziam controle glicêmico mediante orientação alimentar individualizada, com uma dieta bem controlada (GRÁF. 4). Essa dieta deve ser composta por certa quantidade de calorias e ser feita em períodos regulares, para evitar níveis extremos de açúcar no sangue e abastecer constantemente o bebê de nutrientes. Porém, 35% das gestantes necessitaram utilizar insulinoterapia, indicada quando, após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos, permanecem elevados – jejum maior ou igual a 105 mg/dl e 2 horas pós-prandial maior ou igual a 130 mg/dl.[6,13]

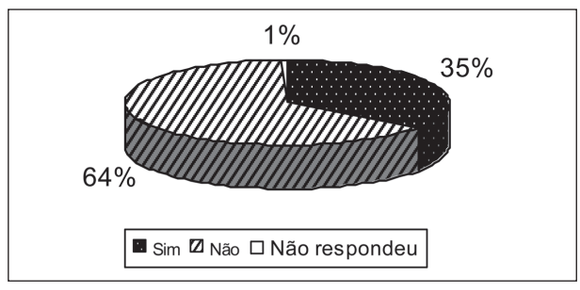

GRÁFICO 4 – Mulheres que fizeram uso de insulina durante o controle glicêmico

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

Outro parâmetro para indicar insulinoterapia pode ser a circunferência abdominal fetal detectada por meio de ecografia entre 29 e 33 semanas, sendo que o crescimento fetal deve ser maior que o percentil 75 para a introdução da insulina no tratamento.[13] Tal quadro se deve ao fato de que, com o decorrer da gravidez os níveis glicêmicos tendem a aumentar, muitas vezes resultando na necessidade de insulina, que é temida pelas gestantes atendidas, pois elas associam essa medicação às complicações do diabetes *mellitus*, que muitas vezes ocorre em suas famílias, quando apresentam história familiar dessa patologia.

Durante o período de gestação, 23% das mulheres apresentaram o diagnóstico de hipertensão arterial específica da gravidez (GRÁF. 5). Segundo Nogueira,[14] esse diagnóstico se correlaciona pela eventual presença de microangiopatia placentária e pela repercussão da hiperglicemia junto a substâncias vasoativas responsáveis pelo aumento da resistência arterial periférica. Evidências sugerem que intolerância à glicose e resistência à insulina possuem um papel na etiologia da hipertensão induzida pela gestação. Alguns estudos demonstram que o diabetes gestacional e a hipertensão específica da gravidez estão associados, principalmente, dada a resistência à insulina. Bryson *et al*.[15] encontrou um significativo aumento do risco (1,5 vez maior) de hipertensão gestacional, média e severa pré-eclâmpsia entre mulheres com diabetes gestacional. Esse risco varia de acordo com diferentes grupos étnicos e com o grau de cuidado pré-natal.[16]

A TAB. 1 apresenta o número de mulheres com história de bebês macrossômicos, ou seja, com peso ao nascer maior que 4 kg, em gestações anteriores. Essa ocorrência foi encontrada na história obstétrica de 12% das mulheres, o que demonstra um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes gestacional. A macrossomia é caracterizada por organomegalia, aumento da adiposidade e da massa muscular provocados pelo oferecimento elevado de glicose (hiperglicemia materna) e ácidos graxos livres, obesidade pré-gestacional e ganho elevado de peso na gestação.[17] Segundo a American Diabetes Association,[18] a história obstétrica de bebês macrossômicos, ou grandes para a idade gestacional, é considerada risco muito alto para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* gestacional na gravidez atual.

Observou-se, ainda, que 72% das gestantes não possuíam informações prévias sobre o diabetes *mellitus* antes do diagnóstico (GRÁF. 6). Isso faz com que o impacto da doença seja mais assustador, além de levar a gestante a ter sentimentos de insegurança, medo, aborrecimento e preocupação sobre a doença e suas possíveis complicações, principalmente em relação ao bebê.[19]

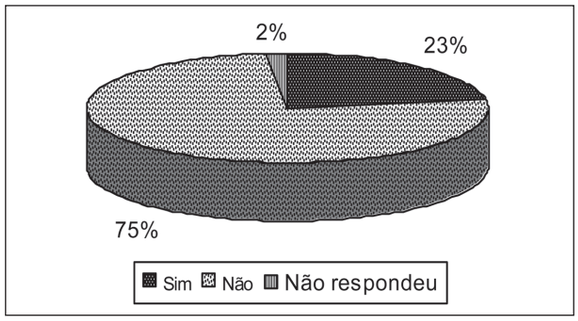

GRÁFICO 5 – Mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial durante a gestação

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

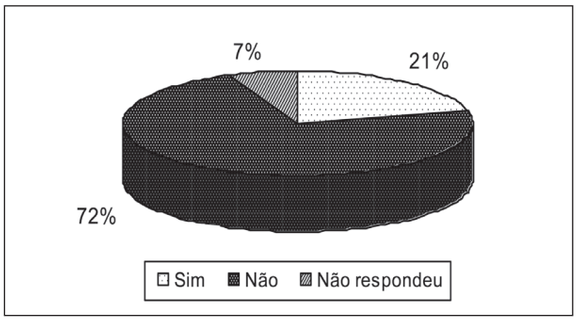

GRÁFICO 6 – Informações prévias a gravidez sobre o diabetes *mellitus*

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

TABELA 1 – Mulheres com diabetes gestacional que tiveram bebês macrossômicos – 1997-2003

Bebês macrossômicos	Número e porcentagem de gestantes ao ano															
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1	10	8	16	3	5	5	11	9	18	5	10	8	12	39	12
Não	5	50	19	39	38	64	25	57	26	52	29	57	43	64	185	56
NA	4	40	17	35	2	3	12	27	12	24	1	2	4	6	52	16
Não respondeu	0	0	5	10	16	28	2	5	3	6	16	31	12	18	54	16
TOTAL	**10**	**100**	**49**	**100**	**59**	**100**	**44**	**100**	**50**	**100**	**51**	**100**	**67**	**100**	**330**	**100**

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/ Serviço de Endocrinologia

Entre as principais complicações maternas estão a descompensação metabólica (que pode, eventualmente, evoluir para um quadro de cetoacidose diabética), as infecções urinárias de repetição (levando ao quadro de pielonefrite aguda), pode haver ruptura precoce da bolsa, aborto e polidrâmnio, levando a partos prematuros e cesáreos. Por sua vez, as complicações em relação ao recém-nascido envolvem macrossomia fetal, o que leva à taxa elevada de partos cesáreos, traumas no nascimento, malformações e aumento da mortalidade neonatal. Além disso, desenvolvem-se diversas complicações, tais como síndrome de angústia respiratória do recém-nascido, icterícia neonatal, alterações eletrolíticas e hipoglicemia.[12]

Das 330 gestantes, 22% eram tabagistas e 4% eram etilistas, demonstrando maior ocorrência de gestantes tabagistas (GRÁF. 7 e 8). Entre os efeitos deletérios do tabaco e do álcool estão abortamento espontâneo, malformações congênitas, síndromes hemorrágicas, amniorrexe e parto pré-termo.

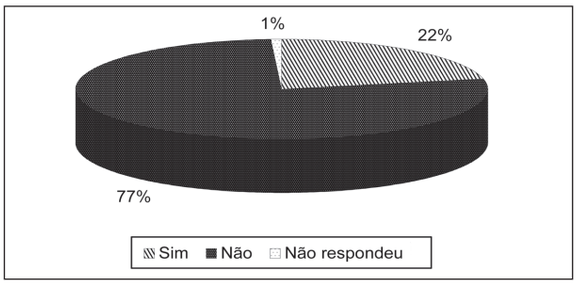

GRÁFICO 7 – Gestantes diabéticas tabagistas

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

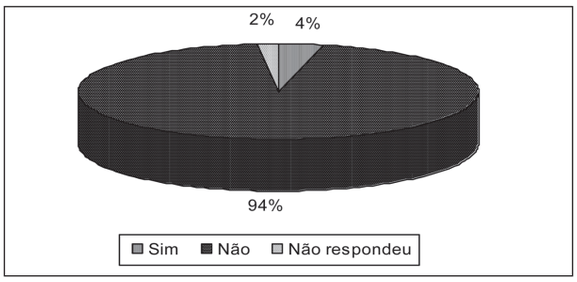

GRÁFICO 8 – Gestantes diabéticas etilistas

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

A TAB. 2 mostra, no decorrer dos anos, a porcentagem de mulheres que planejaram ou não a gravidez no período de 1997 a 2003. O alto índice total de mulheres que não o fizeram – 50% – se deve a inúmeros fatores, dentre os quais a falta de planejamento familiar e a ideia errônea de que estão na menopausa. Segundo recomendações da ADA de 2008,[18] todas as mulheres com risco para desenvolver diabetes devem participar de planejamento familiar, ser educadas quanto à importância da manutenção do controle glicêmico, bem como atentar para que os níveis de hemoglobina glicada estejam próximos do normal. Isso é importante porque o risco de malformações aumenta quando os níveis glicêmicos estão anormais nas primeiras semanas da gestação, fase relacionada à organogênese. Assim, o cuidado pré-concepcional reduz o risco de malformações congênitas e as gestações planejadas facilitam esse cuidado.[18]

CONCLUSÃO

Os resultados mostram alta prevalência dos fatores de risco em mulheres que apresentaram diabetes gestacional, especialmente a presença de história familiar de diabetes *mellitus*, confirmando ser esse um forte fator de risco. Além disso, observou-se que a maioria das mulheres possuía poucas informações sobre a patologia, o que prejudicou tanto o controle durante a gestação quanto a prevenção do diabetes tipo 2 após o parto. Isso indica a necessidade de orientar as gestantes sobre a importância de continuarem o controle glicêmico, monitorando outros fatores de risco que podem levar ao aparecimento do diabetes tipo 2, favorecendo um diagnóstico precoce, bem como seu encaminhamento e acompanhamento.

Há, também, a necessidade de um serviço que ofereça uma assistência preventiva a essas mulheres, trabalhando os cuidados a fim de evitar ou retardar o surgimento do diabetes *mellitus* tipo 2.

TABELA 2 – Gestantes diabéticas que planejaram a gravidez – 1997-2003

Gravidez planejada	Número e porcentagem de gestantes															
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	5	50	21	43	27	46	22	50	17	34	21	41	29	43	142	42
Não	5	50	20	41	30	51	19	43	31	62	23	45	35	52	163	50
Não respondeu	0	0	8	16	2	3	3	7	2	4	7	14	3	5	25	8
TOTAL	**10**	**100**	**49**	**100**	**59**	**100**	**44**	**100**	**50**	**100**	**51**	**100**	**67**	**100**	**330**	**100**

Fonte: Hospital das Clínicas da UFMG/Serviço de Endocrinologia

REFERÊNCIAS

1. Nogueira AI. Diabetes *mellitus* e gravidez. In: Braga WRC. Clínica Médica: Diabetes *mellitus*. Belo Horizonte: MEDSI; 2001. p. 463-79.

2. Lain KY, Catalano PM. Metabolic changes in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec; 50(4):938-48.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

4. Buchanan TA, Xiang A, Kjos SL, Watanabe R. What is gestational diabetes? Diabetes Care. 2007; 30 Suppl 2:S105-11.

5. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, Leiva A, Dunger DB, Hadden DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes *Mellitus*. Diabetes Care. 2007; 30 Suppl 2:S251-60.

6. Reichelt AJ, Oppermann MLR, Schmidt MI. Recomendações da 2ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2002 Out; 46(5):574-81.

7. American Diabetes Association. Clinical Pratice Recommendations. Diabetes Care. 2003; 26 Suppl 1:S1-156.

8. Silva JC. Gestante diabética. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Biomédicas; 2003.

9. Gaudier FL, Hauth JC, Poist M, Corbett DL, Cliver SP. Recurrence of gestational diabetes *mellitus*. Obstet Gynecol. 1992 Nov; 80(5):755-8.

10. Landon MB, Gabbe SG. Diabetes and pregnancy. Med Clin North Am. 1988; 72:1493-511.

11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.

12. Mansur VAR, Laun IC, Farias MLF. Importância do rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional. Femina. 2001 Abr; 29(3):143-7.

13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes *mellitus*: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2007.

14. Nogueira AI. Diabetes e gravidez: avaliação dos fatores de prognóstico perinatal [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 1994.

15. Bryson CL, Ioannou GN, Rulyak SJ, Critchlow C. Association between gestational diabetes and pregnancy-induced hypertension. Am J Epidemiol. 2003 Dec; 158(12): 1148-53.

16. Carpenter MW. Gestational diabetes, pregnancy hypertension, and late vascular disease. Diabetes Care. 2007; 30 Suppl 2: S246-50.

17. Sacks DA. Etiology, detection and management of fetal macrosomia in pregnancies complicated by diabetes *mellitus*. Clin Obstet Gynecol. 2007 Dec; 50(4):980-9.

18. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2008; 29 Suppl 1: S4-42.

19. Salomon IMM. Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um hospital universitário de Belo Horizonte – Minas Gerais. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2004.

Data de submissão: 26/8/2008
Data de aprovação: 18/12/2010

AVALIAÇÃO DE UM CUIDADO DE ENFERMAGEM: O CURATIVO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NO RECÉM-NASCIDO*

NURSING CARE EVALUATION: PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER DRESSINGS IN NEWBORNS

EVALUACIÓN DE UN CUIDADO DE ENFERMERÍA: EL VENDAJE DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL RECIÉN NACIDO

Derdried Athanasio Johann[1]
Mitzy Tannia Reichembach Danski[2]
Edivane Pedrolo[3]
Luciana Souza Marques De Lazzari[4]
Priscila Mingorance[4]

RESUMO

Nesta pesquisa, teve-se como objetivo descrever o curativo de Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) em recém-nascidos e compará-lo com literatura disponível sobre o tema. Utilizou-se metodologia descritiva e comparativa mediante a coleta de dados por meio de formulário para a observação sistemática de enfermeiras capacitadas para a implantação e manutenção do CCIP em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal de um hospital universitário, no período de março a maio de 2008. Como resultados, foram observados dez curativos, sendo dois após a inserção e oito de manutenção. Os curativos foram realizados de acordo com técnica asséptica e não apresentaram intercorrências, no entanto o procedimento operacional-padrão para essa prática não foi construído com base na metanálise publicada, tampouco os profissionais tinham conhecimento das evidências ali apresentadas. Conclui-se que este cuidado demonstra-se de fraca evidência por não utilizar evidência cientifica disponível sobre o assunto, e aponta que o conhecimento científico produzido é pouco utilizado pelos profissionais que atuam no cuidado direto ao paciente.

Palavras-chave: Recém-Nascido; Curativos Oclusivos; Cuidados de Enfermagem; Cateterismo Venoso Central; Tecnologia.

ABSTRACT

This research aimed to describe the PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*) dressings in newborns and to analyze its use with the available literature on the subject. A descriptive and comparative method was used by data collection form to the systematic observation of nurses trained in PICC insertion and maintenance in an Intensive Care Unit at a University Hospital from March to May 2008. Ten dressings were analyzed; two after insertion and eight at maintenance. The dressings were performed according to aseptic technique and did not have complications. However the standard operating procedure for this practice was not based on the published meta-analysis nor were the professionals aware of the evidence presented in there. In conclusion the study demonstrated that the scientific information on such procedure is not frequently applied by the professionals involved directly with patient care.

Key words: Newborn; Occlusive Dressings; Nursing Care; Central Venous Catheter; Technology.

RESUMEN

Esta investigación tuvo por objeto describir el vendaje de PICC en recién nacidos y compararlo con la literatura disponible sobre el tema. Para la recogida de datos se empleó la metodología descriptiva y comparativa, con un formulario para la observación sistemática de enfermeras capacitadas para la inserción y mantenimiento del vendaje de PICC. El estudio se realizó entre marzo y mayo de 2008 en la Unidad de Terapia Intensiva neonatal de un Hospital Universitario. Como resultados se observaron 10 vendajes: 2 tras la inserción y 8 de mantenimiento. Los vendajes fueron realizados de acuerdo con la técnica aséptica y no presentaron efectos intercurrentes; sin embargo, el procedimiento operacional estándar para dicha práctica no se basó en el meta-análisis publicado, ni los profesionales conocían las evidencias que éste mostraba. Se concluye que este cuidado demuestra ser de escasa evidencia científica por no utilizar las evidencias disponibles sobre el tema y que el conocimiento científico producido es poco utilizado por los profesionales que actúan en la atención directa al paciente.

Palabras clave: Recién Nacido; Apósitos Oclusivos; Atención de Enfermería; Cateterismo Venoso Central; Tecnología.

* Embasado na monografia de conclusão de curso: *Avaliação das práticas do cuidado de enfermagem: o curativo de PICC em uma UTI neonatal*.

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Gestão Pública. Enfermeira e Docente do Instituto Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde: Fundamentos para a Prática Profissional.

[2] Enfermeira. Doutora em História. Docente da Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde: Fundamentos para a Prática Profissional.

[3] Enfermeira do Centro Municipal de Urgências Médicas da Prefeitura Municipal de Curitiba. Docente do Instituto Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde: Fundamentos para a Prática Profissional.

[4] Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde: Fundamentos para a Prática Profissional.

Endereço para correspondência: Rua Rozália Goronkosky de Almeida, nº 126, Rio Pequeno, São José dos Pinhais-PR. Telefone: (41) 84458014.
E-mail: derdriedjohann@hotmail.com; derdried@ufpr.br; derdried.johann@ifpr.edu.br.

INTRODUÇÃO

O uso do cateter central de inserção periférica (CCIP) para o cuidado ao paciente neonatal é uma tecnologia recente que deve ser executada por enfermeiros devidamente capacitados e representa uma opção para minimizar riscos e facilitar a terapia venosa em neonatos.

Dados seus benefícios, o CCIP tem sido uma prática recorrente da enfermagem assistencial intensivista, principalmente no cuidado ao recém-nascido. O uso desse dispositivo é significativamente maior em unidades de neonatologia.[1]

Os acessos venosos centrais, na neonatologia, podem ser realizados por meio do cateterismo umbilical, da dissecção venosa e do cateter central de inserção periférica (CCIP). Devem ser consideradas na sua utilização: terapêutica a ser administrada; condições da rede venosa; segurança, conforto e bem-estar do neonato; condições clínicas e disponibilidade material e pessoal para a seleção ideal de um acesso venoso.[2]

A tecnologia do CCIP garante maior confiabilidade do acesso; inserção menos traumática; riscos diminuídos de flebite, infiltração e extravasamento; possibilidade de administração de soluções vesicantes e/ou irritantes, hiperosmolares (como a NPT). Os cateteres triplo lúmen permitem a administração de soluções incompatíveis; reduzem o risco de pneumo e hemotórax, quando comparado a outros acessos centrais; reduzem o estresse ocasionado por múltiplas venopunções e aumenta a disponibilidade de escolha do local da punção.[2,3]

O curativo é uma prática essencial na manutenção do CCIP servindo para cobrir, prevenir trauma local e contaminação; pode variar quanto ao material utilizado.[3,4] A troca do curativo de CCIP, indicada nas intervenções de enfermagem, deve ser exclusiva do profissional capacitado para tal, e essa substituição é um procedimento estéril.[3]

Recomenda-se, para dispositivos intravenosos, o uso do curativo com gaze e fita adesiva após sua inserção e se houver drenagem de líquidos ou sangramento no sítio de inserção. Se o sítio de inserção estiver limpo e seco, recomenda-se a utilização do curativo transparente, que permite melhor visualização, além da permanência prolongada.[3] A seleção de curativo adequado é de grande auxílio na manutenção do acesso venoso.[4]

Assim, nesta pesquisa o objetivo foi descrever o curativo de CCIP em recém-nascidos e compará-lo com literatura disponível sobre o tema.

Indica-se a importância da atualização desse profissional para que ofereça qualidade de atendimento ao seu paciente. Destaque-se, também, a relevância de utilizar as ferramentas da prática baseada em evidências para garantir essa qualidade, que reflete um cuidado humanizado.

O referencial da prática baseada em evidências (PBE) subsidia a prática clínica de forma que o enfermeiro decida pela melhor opção para atender com qualidade seus pacientes. Para isso, faz uso da melhor informação científica disponível, aliada à sua experiência profissional e adequando-se à situação clínica.[5]

Uma das ferramentas utilizadas é a Revisão Sistemática, uma síntese de todas as evidências encontradas sobre determinado tema, que é também classificada como um trabalho de forte evidência segundo o referencial da PBE. A garantia de confiabilidade e validade em seus resultados facilita a elaboração de diretrizes clínicas e contribui para o planejamento de pesquisas, auxiliando na tomada de decisão em saúde.[5,6]

A melhor evidência disponível sobre o tema indica que não há provas de um risco maior de infecção com curativo de gaze e fita ou com o curativo de transparente de poliuretano, que a eleição dos curativos se baseia na preferência do paciente e que há necessidade de se realizar maior investigação de boa qualidade para a identificação do curativo mais adequado para os cateteres venosos centrais.[7]

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-comparativa, que inicialmente selecionou evidências para embasar cientificamente a prática de cuidado escolhida para a análise. Para tal, utilizou-se a base de dados da Biblioteca Cochrane Plus.

Para a coleta de dados, utilizou-se a observação sistemática aliada a um instrumento do tipo formulário, ou seja, um instrumento com questões de múltipla escolha previamente formuladas e cujas respostas foram registradas no momento da coleta. O referencial teórico do instrumento supracitado fundamentou-se em material didático utilizado na área de fundamentos do departamento de enfermagem da Universidade Federal do Paraná. No material didático são considerados os princípios científicos para a realização de uma intervenção de enfermagem embasada nos instrumentos básicos do cuidar.[8,9]

Os principais aspectos observados foram: material e solução antisséptica utilizados para a troca do curativo e consideração dos princípios científicos para a realização da intervenção. Realizou-se um pré-teste, com sujeitos similares do mesmo cenário, para verificar a adequação do instrumento aos objetivos da pesquisa.

O cenário desta pesquisa foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital universitário de grande porte em Curitiba, no Paraná, local em que o enfermeiro é responsável pelo cuidado direto ao paciente. Essa unidade é composta por trinta leitos, sendo: quinze de alto risco, dez de risco intermediário e cinco específicos neonatais.

Os dados foram coletados nos meses de março, abril e maio de 2008, no período matutino. Na busca da garantia da cientificidade do referido estudo, a coleta de dados foi realizada por um único observador/pesquisador.

Os sujeitos da pesquisa foram dois profissionais enfermeiros, que atenderam aos critérios de inclusão:

trabalhar na referida unidade; estar habilitado para instalação e realização do curativo de CCIP, conforme o disposto na Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal em Enfermagem;[8] e prestar esse cuidado ao neonato no local e horário da pesquisa. O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi mantido de forma que foram identificados pelos códigos "X" e "Y".

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná como parte integrante do Projeto de Iniciação Científica a que está vinculado, sob o n° CAAE 0048.0.091.000-07. Considerou-se para desenvolvimento da pesquisa a Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que nesta pesquisa foram respeitados todos os direitos e deveres éticos tanto dos sujeitos quanto dos pesquisadores. A participação no estudo esteve sujeita à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período do estudo, observou-se um total de dez curativos em sítio de inserção do CCIP em quatro neonatos, que receberam os curativos durante o período da coleta de dados. A justificativa para a inserção do CCIP nesses neonatos foi: prematuridade de extremo baixo peso e internamento em leitos de alto risco da UTI Neonatal.

O Procedimento Operacional-Padrão (POP) da Unidade apresenta como indicações para a implantação do CCIP: prematuridade do cliente, terapia intravenosa contínua e antibioticoterapia. O CCIP embasa a prática profissional dos sujeitos da pesquisa.

A implantação do CCIP está indicada nos seguintes casos: recém-nascidos prematuros extremos; recém-nascidos com indicação de nutrição parenteral por tempo prolongado; recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) e grandes para idade gestacional (GIG), dada a necessidade de administração de soluções de glicose com elevada concentração; recém-nascidos com patologias cirúrgicas de amplo porte: atresia de esôfago, hérnia diafragmática, onfalocele, extrofia de bexiga, gastrosquise, hipoplasia congênita da musculatura abdominal; recém-nascidos com síndromes e malformações: síndrome de Patau, síndrome de Turner, síndrome de Apert e síndrome de Down; recém-nascidos em uso de drogas inotrópicas.

Todos os neonatos apresentaram complicações que culminaram na retirada do cateter, as quais foram: dois extravasamentos de líquidos pelo sítio de inserção, uma exteriorização espontânea e uma retirada a pedido da equipe de saúde, em razão de dois resultados positivos de hemoculturas, sem outros focos infecciosos. Não foram registrados óbitos dos neonatos observados.

Em relação à punção venosa, três delas obtiveram sucesso na primeira tentativa e uma delas na segunda. Todos foram puncionados em membro superior, utilizando dispositivo de mesma marca e calibre. Houve mensuração do perímetro braquial e do comprimento do dispositivo a ser introduzido anteriormente à punção.[10,11] Após a inserção, houve a confirmação da posição da ponta do cateter por meio de exames radiológicos.

Na implantação do CCIP, deve-se considerar alguns fatores, além da capacitação do profissional, como o calibre do cateter a ser utilizado, o tamanho do cateter (medido anteriormente conforme a veia selecionada), o sítio de punção venosa, o preparo do material, a paramentação de uma técnica estéril, o tipo de terapêutica a ser utilizada, a organização do ambiente (geralmente é realizada à beira do leito) e as condições do neonato.[3]

As intercorrências foram classificadas como não progressão do cateter e volume de sangramento (de pouco a moderado) na retirada do mandril agulhado. O tempo de permanência dos cateteres variou de 14 a 28 dias, com média de 21 dias. O registro da punção e das condições do paciente quando da realização do primeiro curativo foi feito em formulário específico em todos os casos, conforme norma da instituição.

No que diz respeito ao tipo de curativo, o de inserção foi realizado de forma compressiva, com gazes estéreis e fita adesiva. Após 24 horas da inserção, todos foram substituídos por material de poliuretano transparente e passou-se a denominar curativos de manutenção. Em dois curativos de manutenção observou-se tração no cateter, que variou de 0,5 a 2 cm. Vale ressaltar que todos os curativos foram realizados em duplas, compostas do enfermeiro capacitado e outro membro da equipe de enfermagem, para auxílio.

A utilização do curativo adequado, apesar de não contribuir significativamente para a redução da infecção relacionada ao cateter, é fundamental para a manutenção do CCIP.[2] Recomenda-se, para dispositivos intravenosos, o uso do curativo com gaze e fita adesiva após sua inserção e se houver drenagem de líquidos ou sangramento no sítio de inserção.[3] Se o sítio de inserção estiver limpo e seco, recomenda-se a utilização do curativo transparente, que permite melhor visualização e o tempo prolongado de permanência.

As membranas de poliuretano semipermeáveis possuem como principais vantagens a possibilidade de visualização contínua do local de inserção do cateter, a menor necessidade de trocas, a impermeabilidade e a economia do tempo profissional.[2]

Quanto ao tempo de permanência, a troca do curativo de gaze e fita adesiva deve ser realizada entre 48 a 72 horas ou quando a integridade do curativo está comprometida.[3] Após a inserção do cateter, pode ocorrer um pequeno sangramento na inserção do cateter nas primeiras 24 horas, por isso faz-se necessário trocá-lo após o período. Este pode ser substituído por outro que possa permanecer no local por sete dias, como é o caso do curativo transparente de poliuretano.[3]

Alguns estudos demonstram que o tipo de curativo utilizado no sítio de inserção do CCIP não altera os níveis de infecção relacionados aos cateteres, mas a

utilização de antissépticos cutâneos é importante, pois muitas infecções relacionadas a cateteres resultam da colonização cutânea no sítio de inserção.[3]

Não houve intercorrências durante a substituição dos curativos, no entanto observou-se que em três dos dez curativos de manutenção realizados utilizou-se solução alcoólica a 70%, dada a falta da clorexidina alcoólica a 0,5% na instituição.

O Ministério da Saúde (MS) considera como indicados os seguintes antissépticos: soluções iodadas, iodóforos, soluções alcoólicas, clorexidina, soluções aquosas de permanganato de potássio e soluções aquosas à base de sais de prata (eficientes contra *S. aureus, P. aeruginosa*).[12] O álcool a 70% é o que possui a melhor eficácia como germicida, pois age desnaturando as proteínas dos microorganismos, atua mais rapidamente, não tem efeito residual e evapora-se mais rapidamente e são necessárias apenas três aplicações sucessivas. Apresenta como desvantagem o ressecamento da pele. A clorexidina tem boa atividade antimicrobiana com ação quase imediata, ação bactericida para gram-positivos e negativos, possui atividade residual prolongada, e sua atividade germicida mantém-se mesmo na presença de sangue, mas pode causar irritação cutânea ou reação alérgica.[13]

Na realização do procedimento, houve diferenças quanto às precauções para contaminação. Ao se retirar o curativo antigo para troca, o profissional X não utilizou luvas. Logo a seguir, calçou luvas estéreis, porém realizou o curativo deixando o cateter solto sob a pele do paciente, evitando tracioná-lo com a contenção do membro, e o profissional Y segurou o cateter com a mão calçada em luva estéril, evitando, assim, realizar sua tração.

Parte-se do princípio de que o enfermeiro, para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, utiliza vários instrumentos básicos para o cuidar.[10] Compreende-se que o conhecimento desse referencial teórico é indispensável, pois faz parte do processo de trabalho do enfermeiro.

Assim, foram selecionados os seguintes instrumentos para a comparação entre a teoria e a prática: aplicação de conhecimentos científicos, trabalho em equipe, comunicação, criatividade, destreza manual, observação e planejamento do cuidado. Cada instrumento básico foi associado a ações observadas na prática, conforme mostra a TAB. 1.

TABELA 1 – Relação entre instrumentos básicos para o cuidado de enfermagem e ações observadas na prática

Instrumentos básicos para o cuidado	Ações observadas na prática	Quantidades[1]	
		ENF X (07)	ENF Y (03)
1. Aplicação de conhecimentos científicos	Descrição da técnica utilizada	7	3
2. Trabalho em equipe	Descrição da técnica utilizada	7	3
3. Comunicação	– estabelece relacionamento interpessoal	5	3
	– explica o procedimento ao paciente/cliente	2	0
	– registra o procedimento em prontuário	0	2
	– registra o procedimento em pasta específica de controle	7	3
	– identifica o curativo	7	3
4. Criatividade	Descrição da técnica utilizada	2	1
5. Destreza manual	– realiza lavagem das mãos	7	3
	– retira curativo anterior	6	2
	– realiza antissepsia do local / nº de vezes	7	3
	– calça luvas estéreis	7	3
	– utiliza material para curativos (pinças)	6	2
	– realiza curativo com filme transparente estéril	6	2
	– realiza curativo com gaze estéril e fita adesiva	1	1
6. Observação	– realiza exame físico	7	3
	– posiciona paciente	4	3
	– reposiciona o paciente.	4	3
7. Planejamento do cuidado	– prepara e organiza o material	7	3
	– organiza o ambiente	7	3
	– reorganiza o material/ambiente.	7	3

Fonte: Dados elaborados pela autora (2008).

[1] Corresponde ao número de vezes em que o instrumento básico foi aplicado durante a realização dos curativos por profissional.

Os dados da TAB. 1 revelam o uso dos instrumentos básicos durante o cuidado de enfermagem dispensado pelo enfermeiro durante a realização dos curativos de CCIP nos neonatos. Os instrumentos básicos *aplicação de conhecimentos científicos*, *trabalho em equipe* e *planejamento do cuidado* foram os mais utilizados pelos dois profissionais.

Em relação à *comunicação*, percebeu-se que houve diferença entre a ação dos profissionais, principalmente quanto à explicação do procedimento ao paciente e ao registro em prontuário. Essa diferença pode estar ligada a ruídos no ambiente da UTI, os quais foram descritos em estudo como nocivos e incômodos.[13,14] Outro fator que inibe a comunicação é a característica do cliente que ainda não se comunica verbalmente.

O instrumento básico *criatividade* foi pouco utilizado pelos profissionais observados. A existência de protocolo para a realização de curativo (POP) possivelmente justifique esse fato. A ausência de material (clorexidina) proveu aos enfermeiros a oportunidade para o uso da criatividade, sendo utilizada em três curativos.

O quesito *destreza manual* foi de difícil avaliação pela a existência de dois tipos distintos de curativo (o de inserção e o de manutenção), que foram realizados em frequências diferentes, o que impossibilita uma comparação adequada.

Quanto ao item *observação*, houve diferença entre a ação dos profissionais, pois o enfermeiro X não posicionou e/ou reposicionou o paciente para realização do cuidado em três casos. Já o enfermeiro Y tomou essas medidas em todos os casos. Vale ressaltar, no entanto, que essas ações nem sempre são necessárias para a realização do curativo, pois há um protocolo de intervenção mínima para tais pacientes (MS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos básicos para o cuidar são ferramentas para a prática profissional que promovem o reconhecimento e a autonomia do processo de trabalho do enfermeiro. Os enfermeiros observados utilizaram os instrumentos básicos para realização dos curativos, fato que viabiliza esse cuidado como intervenção de enfermagem. Apesar de utilizar esses instrumentos, o cuidado caracteriza-se como de fraca evidência científica, pois os sujeitos embasaram-se apenas no POP da instituição; o ideal é que utilizem estudos com rigor metodológico de forte evidência científica para a fundamentação da prática profissional.

A busca de evidências deu-se por meio da Revisão de Literatura, a qual abrange os cuidados de enfermagem relacionados ao curativo de CCIP no neonato. A evidência científica mais forte encontrada, a Revisão Sistemática quantitativa, porém, não foi utilizada como referencial para prática profissional na unidade, tampouco foi utilizada para a confecção do seu POP.

É necessário refletir que, com o uso de novas tecnologias, o curativo que simplesmente servia de proteção da pele passou a ter uma relação com a terapêutica utilizada, levando a acreditar que o conhecimento científico é fundamental na tomada de decisão da equipe de saúde e, principalmente, da enfermagem.

Esta pesquisa reforça a utilização de evidências científicas fortes na prática profissional e dos instrumentos básicos para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, visando ao reconhecimento e à autonomia do profissional com consequente melhoria da qualidade do serviço prestado.

REFERÊNCIAS

1. Vendramim P, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cateteres centrais de inserção periférica em crianças de hospitais do município de São Paulo. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(3):331-9.

2. Silva GRG, Nogueira MFH.Terapia intravenosa em recém-nascidos: orientações para o cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2004.

3. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto alegre: Artmed; 2001.

4. Timby BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

5. Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

6. Galvão CM. Níveis de evidência [editorial]. Acta Paul Enferm. 2006; 19(2):5.

7. Gillies D, Carr D, Frost J, O'Riordan E, Gunning R, O'Brien I. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD003827. DOI: 10.1002/14651858.CD003827

8. Brasil. Resolução n. 258, de 12 de julho de 2001. Conselho Federal de Enfermagem. [Citado 2008 mar. 25]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7082&sectionID=34>

9. Santos AC. O cateter epicutâneo no cotidiano do cuidado de enfermagem à criança crítica: limites e desafios para uma prática autônoma {dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2002.

10. Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu; 2003.

11. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rotina para cateter venoso central de inserção periférica em neonatos. Rio de Janeiro; 2002. [Citado 2008 dez. 14]. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Docs/cecih/Picc.doc

12. Brasil. Ministério da Saúde, em Portaria 2.616/MS de 12 de maio de 1998. [Citado 2008 mar. 25]. Disponível em: http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=482

13. Almeida CE, Nascimento CCS, Brandão ES, Pereira EP, Davidson E, Rodrigues FR, et al. Manual para Realização de Curativos. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica; 2003.

14. Kakehashi TY, Pinheiro EM, Pizzarro G e Guilherme A. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4):404-9.

Data de submissão: 25/11/2009
Data de aprovação: 30/4/2010

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TÉTANO ACIDENTAL NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL – 2001-2006

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ACCIDENTAL TETANUS INFECTION IN THE METROPOLITAN REGION OF BELO HORIZONTE, STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL – 2001-2006

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TÉTANOS ACCIDENTAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL – 2001-2006

Lúcio José Vieira[1]
Gislene Pace de Souza Santos[2]

RESUMO

O tétano é uma doença infecciosa não contagiosa, causada pelo *Clostridium tetani*. Mesmo sendo um agravo imunopreviníveL de fácil controle, ainda constitui um importante problema de saúde pública. Realizou-se, aqui, um estudo descritivo, retrospectivo e transversal cujo objetivo foi conhecer o perfil epidemiológico dos casos confirmados de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) entre 2001 e 2006, identificando algumas variáveis que possam estar associadas à incidência, mortalidade e letalidade da doença. A coleta dos dados referentes aos 31 casos da doença, que correspondem à amostra, foi obtida na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os casos são oriundos de 23% das cidades que compõem a região, sendo a capital, Belo Horizonte, responsável por 38,7% dos casos. A maioria dos casos ocorreu em 2004 (0,21 casos/100 mil habitantes), sendo a taxa média para o período do estudo de 0,11 casos/100 mil habitantes. A incidência entre o sexo masculino foi 2,88 vezes superior ao feminino. Quanto à distribuição etária, constatou-se que não houve acometimento do tétano acidental nos indivíduos menores de 20 anos e a faixa etária que registrou maior incidência foi a acima de 65 anos (0,41/100 mil habitantes). A área rural sobressaiu em termos de incidência (0,20 casos/100 mil habitantes). O domicílio e o ambiente de trabalho originaram 22,6% dos casos e a letalidade encontrada foi de 35,5%. Reforça-se, assim, a importância das ações de imunoprofilaxia do tétano pela atenção básica para desenvolver sua prevenção e controle.

Palavras-chave: Tétano; Epidemiologia; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Tetanus is a non-contagious infectious disease caused by the *Clostridium tetany*. Even though it is an easily controlled immunizable disease, it remains an important public health problem. This was a cross-sectional, retrospective and descriptive study whose intention was to determine the epidemiological profile of confirmed cases of accidental tetanus infection, and to identify the variables that might be associated with its incidence, mortality and lethality in the metropolitan region of Belo Horizonte between 2001 and 2006. The sample was formed by data related to 31 disease cases provided by the State Health Department of Minas Gerais via the Notifiable Diseases Information System. The cases came from 23.0% of the municipalities that comprise the region. The state capital of Belo Horizonte was responsible for 38.7% of the cases. The majority of them occurred in the year 2004 (0.21 cases/100,000 inhabitants), with an average rate during that period of 0.11 cases/100,000 inhabitants. The incidence among males was 2.88 times higher than females. Regarding age distribution, there were no cases of accidental tetanus among individuals under 20 years of age and the age group with the highest incidence was the over-65s (0.41/100,000 inhabitants). Rural areas had the most cases (0.20 cases/100,000 inhabitants). 22.6% of the cases were originated at home and at work with a 35.5% lethality rate. This research highlights the importance of prophylactic immunization actions against tetanus within primary healthcare system, in order to prevent and control its incidence.

Key words: Tetanus; Epidemiology; Health Promotion.

RESUMEN

El tétanos es una enfermedad infecciosa no contagiosa causada por el *Clostridium tetani* que, incluso siendo un agravio imunoprevenible de fácil control, aún constituye un importante problema de salud pública. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal cuyo objetivo fue conocer el perfil epidemiológico de los casos confirmados de tétanos accidental en la Región Metropolitana de Belo Horizonte entre 2001 y 2006, identificándose algunas variables que puedan estar asociadas a la incidencia, a la mortalidad y letalidad de la enfermedad. La recogida de datos referentes a los 31 casos de la enfermedad que corresponden a la muestra fue obtenida en la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais por medio del Sistema de Información de Agravios de Notificación. Los casos son provenientes de 23,0%

[1] Doutor em Saúde Pública. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.
[2] Aluna 7º período do Curso de Graduação de Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Bolsista de Iniciação Científica – FAPEMIG.
Endereço para correspondência: Avenida Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte- MG, CEP 30130-100. Telefone/fax: (31)3409-9869. E-mail: vieira@ufmg.br.

de las ciudades que componen la región cuya capital, Belo Horizonte, es responsable del 38,7% de los casos. La mayoría de los casos ocurrió en 2004 (0,21 casos/100.000 hab.) con un índice promedio de 0,11 casos/100.000 habitantes durante el período del estudio. La incidencia entre los varones fue 2,88 veces superior a las mujeres. En lo que se refiere a la distribución por edades se constató que no se produjeron casos de tétanos accidental en los individuos menores de 20 años y el rango de edad que registró mayor incidencia fue superior a los 65 años (0,41/100.000 hab.). La zona rural se destacó en términos de incidencia (0,20 casos/100.000 hab.). La vivienda y el ambiente de trabajo originaron 22,6% de los casos y la letalidad encontrada fue del 35,5%. Se refuerza así la importancia de las acciones de imunoprofilaxis del tétanos por la atención básica para su control y prevención.

Palabras clave: Tétanos; Epidemiología; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

Ao completar 37 anos de existência, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) obteve importantes vitórias, como a erradicação da varíola e da poliomielite, além do controle do sarampo, difteria, coqueluche e tétano neonatal. Em relação a outras doenças imunopreviníveis, como no caso do tétano acidental, porém, sua prevenção e seu controle ainda constituem um grande desafio para os profissionais de saúde.

O tétano acidental representa um importante problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos, tanto em áreas rurais e urbanas, nos quais, dada a baixa cobertura vacinal, são encontradas as maiores incidências da doença.

A doença está relacionada com atividades profissionais ou de lazer, quando o indivíduo susceptível entra em contato com o *Clostridium tetani*.[1] Portanto, o tétano caracteriza-se, na verdade, mais como doença relacionada a riscos ambientais e comportamentais do que como doença transmissível; como tal não se apresenta como forma epidêmica nas comunidades, no entanto, trata-se de uma importante causa de morbimortalidade na maioria dos países em desenvolvimento.[2]

Embora não tenhamos alcançado os níveis desejados, o Brasil tem apresentado uma redução contínua do tétano acidental. Em 1982, foram confirmados 2.226 casos, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,8 casos/100 mil habitantes/ano. Em 2006 ocorreram 415 casos, com uma incidência de 0,22 casos/100 mil habitantes/ano; portanto, houve no período uma redução de mais de 80% dos casos no País. A mortalidade em 2006 foi de 0,08 por 100 mil habitantes.[3] A letalidade pode variar de 50% a 70%, dependendo da diminuição do período de incubação e progressão da doença, da faixa etária, sendo mais elevada nos dois extremos de idade e da qualidade do tratamento e da assistência.

Em estudo realizado em Minas Gerais, quando foram analisados 225 casos confirmados de tétano acidental no período de 2001 a 2006, observou-se que a maioria ocorreu entre homens – 0,30 casos por 100 mil habitantes/ano –, sendo o tipo de lesão mais observada a perfurocortante (39,1%) e os membros inferiores à região mais acometida (62,2%). A faixa etária com maior incidência foi acima dos 65 anos, 0,89 casos por 100 mil habitantes/ano. Somente 6,3% tinham esquema vacinal completo, enquanto 21,3% informaram que nunca tinham sido vacinados. A letalidade no período estudado foi de 36,9%.[4]

Noutro estudo, realizado no Estado de São Paulo, numa série histórica de 1984 a 2003, observou-se que a incidência no último ano atingiu índice semelhante aos dos países desenvolvidos. A redução ocorreu em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, porém a faixa etária acima dos 60 anos constituiu o principal grupo de risco para adoecer e morrer da doença, sendo que 77% dos casos, em média, ocorreram no sexo masculino. A letalidade demonstrou ser bastante elevada e proporcional ao aumento da faixa etária, chegando em 2002 nos maiores de 60 anos a 60%, enquanto a letalidade geral foi de 33%.[5]

Em pesquisa realizada por Moraes e Pedroso[6] sobre o comportamento do tétano no Brasil, ficou evidente que a doença vem apresentando comportamento epidemiológico semelhante ao observado nos países subdesenvolvidos, em que os idosos representam o principal grupo de risco para adoecer e morrer pela doença. Isso pode ser explicado pela queda linear dos níveis séricos da antitoxina tetânica com o avançar da idade, a imunossenecência, com prejuízo da atividade T-helper, e pela negligência nas doses de reforço da vacina antitetânica.

O objetivo com este trabalho foi conhecer o perfil epidemiológico dos casos confirmados de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) entre 2001 e 2006, identificando algumas variáveis que pudessem estar associadas à incidência, à mortalidade e à letalidade da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal, tomando como área de investigação os municípios que compõem a RMBH, Estado de Minas Gerais, Brasil. A RMBH incluindo a capital, Belo Horizonte, é composta de 39 municípios com uma população estimada em 2006, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE),[7] de 4.293.433 habitantes. O estudo foi constituído de 31 casos confirmados de tétano acidental, os quais ocorreram em 9 municípios da RMBH (23,0%), abrangendo o período de 2001 a 2006.

Na FIG. 1 está representado o Estado de Minas Gerais, constituído por 853 municípios, com destaque para os 39 municípios que integram a RMBH, suas respectivas populações, projetadas para 2006, e a distribuição média de casos de tétano acidental de 2001 a 2006. Foram considerados municípios da RMBH os pertencentes à área de abrangência da Diretoria Metropolitana de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (DMS-SESMG).

Utilizou-se para definição de tétano o conceito do *Guia de Vigilância Epidemiológica*, no qual tétano acidental é uma doença infecciosa aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani,* que provoca um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Clinicamente, a doença manifesta-se por febre baixa ou ausente, hipertonia muscular mantida, hiperreflexia e espasmos ou contraturas paroxísticas espontâneas ou ocasionadas por vários estímulos, tais como sons, luminosidade, injeções, toque ou manuseio. Em geral, o paciente mantém-se consciente e lúcido.[1]

Foram coletadas as informações referentes aos casos da doença ocorridos na RMBH notificados à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2001-2006.

Para este estudo, foram considerados todos os casos confirmados de tétano acidental, excluindo-se, portanto, os casos descartados e os pendentes.

As variáveis de interesse foram as seguintes: distribuição geográfica e temporal, idade, escolaridade, história vacinal, sexo, zona de procedência, local do acidente, tipo e região do ferimento, sinais e sintomas e evolução.

A análise dos dados foi realizada por meio de: a) cálculo de frequência simples das variáveis de interesse; b) taxas de incidência obtidas pela divisão entre o número de casos da doença ocorridos na região em certo período de tempo e a população exposta ao risco de adquirir a doença no mesmo período, multiplicando-se o resultado pela potência de 10^5; c) taxa de mortalidade obtida pela divisão do número de óbitos ocorridos pela doença e a população exposta e, a seguir, multiplicando-se o resultado por 100 mil, base referencial da população; d) taxa de letalidade obtida pela divisão entre o número de óbitos e o número de pessoas que foram acometidas pela doença.

Para a análise da série histórica, de 2001 a 2006, realizou-se o cálculo da taxa média de incidência, tomando-se por base as projeções populacionais do FIBGE fornecidas pelo DATASUS,[8] utilizando-se a média dos habitantes de 2003 a 2004.

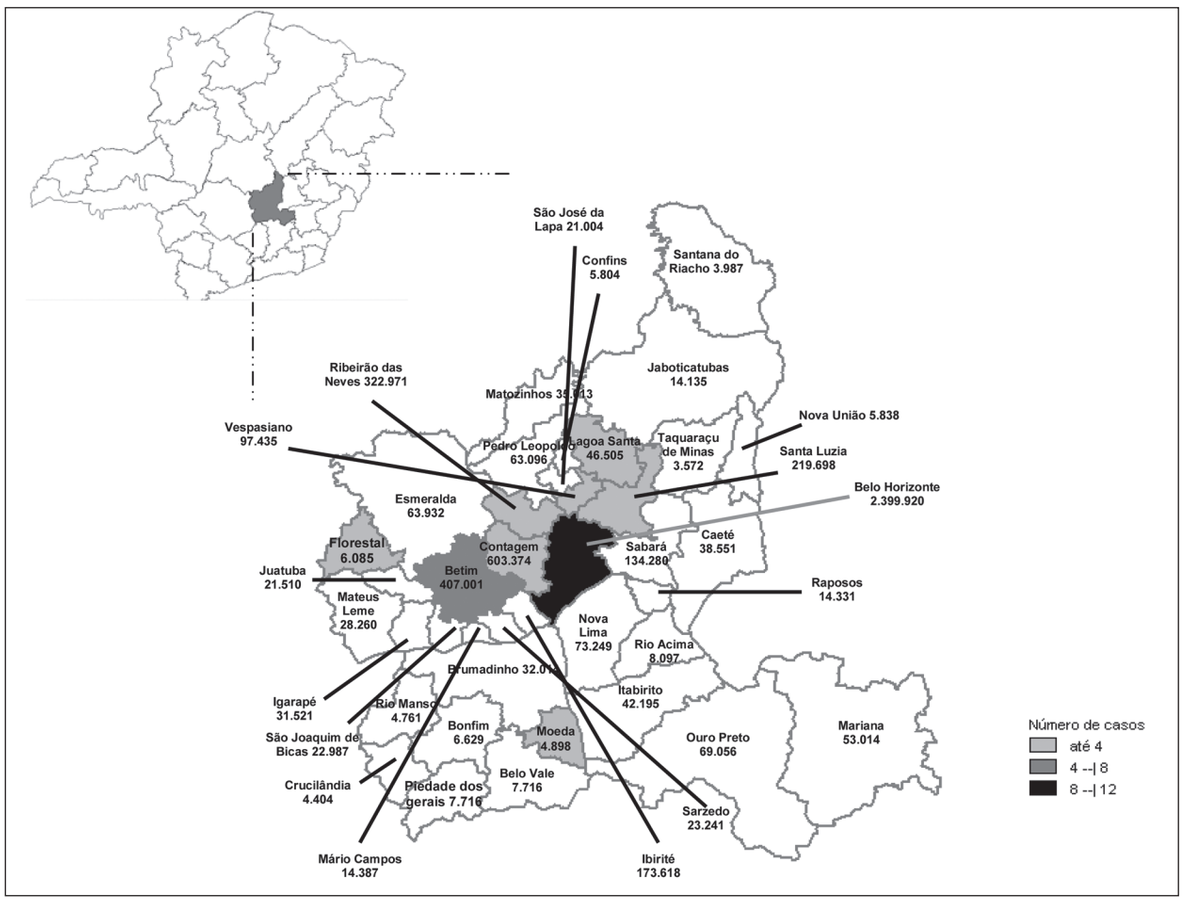

FIGURA 1 – População estimada para 2006 pela FIBGE e distribuição média de casos de tétano acidental nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil – 2001-2006

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

Realizou-se a compilação dos dados por meio do software Tabwin®, gerado do SINAN, e a análise deu-se mediante frequência absoluta e relativa, cujos dados foram analisados de acordo com a literatura.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o Parecer n° ETIC 457/05.

RESULTADOS

Foram analisados 31 casos confirmados de tétano acidental ocorridos na RMBH, Estado de Minas Gerais, Brasil, no período de 2001 a 2006.

Por meio da TAB. 1, pode-se observar que, nos seis anos estudados, houve uma distribuição heterogênea no número de casos com maior percentual em 2004 e 2006, e menor percentual em 2003 e 2001. A mesma tabela apresenta, ainda, a distribuição de casos e a incidência de 2001 a 2006. A incidência variou de 0,02 casos/100 mil habitantes (2003) a 0,21 casos/100 mil habitantes (2004), sendo a incidência média para o período estudado de 0,11 casos/100 mil habitantes.

TABELA 1 – Distribuição e incidência de tétano acidental (100 mil habitantes) na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo ano de início dos sintomas – 2001-2006

Ano	N	Incidência	%
2001	3	0,07	9,7
2002	4	0,09	12,9
2003	1	0,02	3,2
2004	10	0,21	32,3
2005	5	0,10	16,1
2006	8	0,16	25,8
TOTAL	**31**	**0,11**	**100,0**

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

Na TAB. 2, relaciona-se a distribuição dos casos e sua incidência segundo sexo e faixa etária. Relaciona, também, a frequência de casos com a escolaridade e a história vacinal. Na série histórica do estudo dos casos de tétano acidental, a razão entre masculino/feminino foi de 2,88 casos. Não houve acometimento da doença nos indivíduos menores de 20 anos. As maiores incidências encontradas foram nos grupos de 65 anos e mais (0,41/100 mil habitantes), seguido de 50 |-- 65 anos (0,32/100 mil habitantes) e de 35 |-- 50 anos de idade (0,17/100 mil habitantes). Cabe salientar que os grupos 35 |-- 50 anos, 50 |-- 65 anos e 65 e mais correspondem a 80,6% dos casos confirmados de tétano acidental na RMBH.

Quanto à escolaridade, 6,4% dos indivíduos acometidos por tétano possuíam o 1º grau incompleto; 6,4%, o segundo grau completo; 6,5% informaram que não haviam frequentado a escola; e em 80,7 % dos casos constava situação escola ignorada. Em relação à história vacinal, apenas 3,2% dos pacientes informaram que haviam tomado vacina antitetânica completa, três doses e reforço em períodos anteriores e 12,9% vacinação incompleta, menos de 3 doses. Já 6,5% referiram que não tiveram vacinação prévia. Em 77,4% dos casos notificados constava informação ignorada quanto à história vacinal na Ficha de Notificação do SINAN.

TABELA 2 – Distribuição e incidência (100 mil habitantes) dos casos de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo sexo, faixa etária, escolaridade e história vacinal – 2001-2006

Variável	N	Incidência	%
Sexo			
Masculino	23	0,16	74,2
Feminino	8	0,05	25,8
Faixa etária			
0 |-- 10	0	0,00	0,00
10 |--20	0	0,00	0,00
20 |--35	6	0,08	19,4
35 |-- 50	10	0,17	32,2
50 |-- 65	9	0,32	29,0
≥ 65	6	0,41	19,4
Escolaridade			
Nenhuma	2	-	6,5
De 1 a 3 anos	1	-	3,2
De 4 a 7 anos	1	-	3,2
De 8 a 11 anos	1	-	3,2
De 12 a mais	1	-	3,2
Ignorada	25	-	80,7
Histórico vacinal			
Uma dose	3	-	9,7
Duas doses	1	-	3,2
Três doses	0	-	0,0
Três e reforço	1	-	3,2
Nunca vacinado	2	-	6,5
Ignorado	24	-	77,4

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

Na TAB. 3, pode-se observar um acréscimo no número de casos e na taxa de incidência no sexo feminino nas faixas etárias de 50 |-- 65 anos e acima de 65 anos, tendendo a acompanhar o perfil epidemiológico do sexo masculino para tais faixas etárias.

TABELA 3 – Distribuição e incidência (100 mil habitantes) de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo faixa etária e sexo – 2001-2006

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	IC	N	IC	N	IC
0 |-- 10	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 |--20	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 |--35	6	0,16	0	0,00	6	0,08
35 |-- 50	9	0,33	1	0,03	10	0,17
50 |-- 65	5	0,38	4	0,26	9	0,32
≥ 65	3	0,51	3	0,34	6	0,41
TOTAL	**23**	**0,16**	**8**	**0,05**	**31**	**0,11**

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

Na TAB. 4, relaciona-se a distribuição da incidência e percentual dos casos segundo a procedência e o local do acidente. Dos casos confirmados, o coeficiente de incidência foi de 0,20 casos/100 mil habitantes na área rural e 0,10 casos/100 mil habitantes na área urbana. Quanto ao local do acidente que ocasionou a porta de entrada para o agente etiológico, este ocorreu na residência e no ambiente de trabalho, 22,6%, respectivamente, seguido da via pública e ambientes de lazer, com 6,5% cada. Treze casos de tétano acidental ocorreram em locais distintos.

TABELA 4 – Distribuição e incidência (100 mil habitantes) de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo zona de procedência e local do acidente – 2001-2006

Variável	N	Incidência	%
Procedência			
Rural	2	0,20	6,5
Urbana	29	0,10	93,5
Local de acidente			
Trabalho	7	-	22,6
Residência	7	-	22,6
Escola	0	-	0,0
Via pública	2	-	6,5
Lazer	2	-	6,5
Outros	13	-	41,9

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

Na TAB. 5, são apresentados os aspectos clínicos da doença entre os 31 casos de tétano acidental da RMBH de 2001 a 2006. Observou-se que, quanto ao tipo de ferimento, 15 (48,4%) foram por perfuração, 4 (12,9%) por laceração, 3 (9,7%) por escoriação, 1(3,2%) por queimadura, e 6 (19,4%) por outras modalidades. A análise dos dados permitiu verificar, ainda, que, quanto à região do ferimento, os membros inferiores foram os mais acometidos, com 21 situações (67,7%), seguida dos membros superiores com 5 (16,1%). Entre os sinais clínicos da doença, o trismo (87,1%), a rigidez de nuca (77,4%) e as contraturas (77,4%) foram os mais identificados, associados ou não uns aos outros.

TABELA 5 – Distribuição de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo tipo e local do ferimento, e sinais e sintomas – 2001-2006

Variável	N	%
Tipo de ferimento		
Injeção	0	0,0
Laceração	4	12,9
Queimadura	1	3,2
Cirúrgico	0	0,0
Perfuração	15	48,4
Escoriação	3	9,7
Outro ferimento	6	19,4
Região do ferimento		
Cavidade oral	0	0,0
Cabeça	1	3,2
Pescoço	0	0,0
Tronco	1	3,2
Abdômen	0	0,0
Membros superiores	5	16,1
Membros inferiores	21	67,7
Outras regiões	4	12,9
Sinal/Sintoma		
Trismo	27	87,1
Riso sardônico	4	12,9
Opistótono	16	51,6
Rigidez de nuca	24	77,4
Rigidez abdominal	14	45,2
Rigidez de membros	18	58,1
Crises contraturas	24	77,4
Outro sintoma	14	45,2

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

Segundo a TAB. 6, os 31 casos confirmados de tétano acidental da RMBH de 2001 a 2006 ocorreram em 9 municípios, os quais correspondem a 23% das cidades que compõem a região. A capital, Belo Horizonte, foi responsável por 12 casos, correspondendo a 38,7% do total. As maiores incidências da doença ocorreram em Moeda (3,69 casos/100 mil habitantes) e Florestal (2,81 casos/100 mil habitantes). As menores incidências ocorreram em Contagem (0,05 casos/100 mil habitantes) e Belo Horizonte (0,08 casos/100 mil habitantes). Quando se analisam os casos que ocorreram na área rural, o que se verifica é que à incidência no município de Florestal (12,06 casos/100 mil habitantes) é a mais elevada do estudo, seguido por Betim (1,48 casos/100 mil habitantes). Ao analisar a distribuição dos casos ocorridos na área urbana, nota-se que o município que mais se destacou foi Moeda (9,24 casos/100 mil habitantes).

TABELA 6 – Distribuição e incidência (100.000 habitantes) de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo município de residência – 2001-2006

Municípios	Urbana		Rural		Total	
	N	IC	N	IC	N	IC
Belo Horizonte	12	0,08	0	0,00	12	0,08
Betim	5	0,20	1	1,48	6	0,24
Contagem	2	0,05	0	0,00	2	0,05
Florestal	0	0,00	1	12,06	1	2,81
Lagoa Santa	1	0,39	0	0,00	1	0,37
Moeda	1	9,24	0	0,00	1	3,69
Ribeirão das Neves	2	0,10	0	0,00	2	0,10
Santa Luzia	4	0,30	0	0,00	4	0,30
Vespasiano	2	0,37	0	0,00	2	0,35
TOTAL	**29**	**0,10**	**2**	**0,20**	**31**	**0,11**

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

A TAB. 7 demonstra a distribuição dos casos ocorridos na RMBH de acordo com a faixa etária e sua evolução. O que se observa é que 64,5% (20) dos 31 casos ocorridos, cuja incidência correspondente é de 0,07 casos/100 mil habitantes, evoluíram para a cura. Evoluíram para o óbito 35,5% (11) dos casos, correspondendo à taxa de mortalidade de 0,04 casos/100 mil habitantes. Analisando a evolução dos casos em relação à faixa etária, nota-se que a faixa etária em destaque no desfecho cura foi àquela compreendida entre os 50 e 65 anos (0,21 casos/100 mil habitantes), enquanto para o desfecho óbito a que sobressaiu foi a acima dos 65 anos (0,34 casos/100 mil habitantes).

TABELA 7 – Distribuição e incidência (100.000 habitantes) de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo faixa etária e evolução – 2001-2006

Faixa etária	Cura		Óbito		Total	
	N	IC	N	IC	N	IC
0 |-- 10	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 |-- 20	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20 |-- 35	5	0,06	1	0,01	6	0,08
35 |-- 50	8	0,14	2	0,03	10	0,17
50 |-- 65	6	0,21	3	0,11	9	0,32
≥ 65	1	0,07	5	0,34	6	0,41
TOTAL	**20**	**0,07**	**11**	**0,04**	**31**	**0,11**

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

A taxa de letalidade do tétano acidental encontrada para a RMBH é de 35,5%. Dentre as faixas etárias avaliadas no estudo, essa taxa é superior na população acima dos 65 anos (83,3%) e inferior naquela compreendida entre 20 |-- 35 anos (16,7%), sendo que abaixo de 20 anos não foram registrados óbitos, uma vez que não houve nenhum caso notificado nessa faixa etária (TAB. 8).

TABELA 8 – Distribuição de tétano acidental na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Brasil, segundo a taxa de letalidade – 2001-2006

Faixa etária	Letalidade (%)
0 |-- 10	0,0
10 |-- 20	0,0
20 |-- 35	16,7
35 |-- 50	20,0
50 |-- 65	33,3
≥ 65	83,3
TOTAL	**35,5**

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SINAN, 2010

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que a incidência de tétano acidental para os seis anos estudados na RMBH (0,11 casos/100 mil habitantes) está próxima do coeficiente encontrado no estudo realizado por Vieira e Santos (2009) no Estado de Minas Gerais.[4]

A taxa de letalidade de 35,5% encontrada para a RMBH é muito semelhante à de Minas Gerais (36,9%) para o mesmo período, mostrando-se também como um valor

elevado quando comparado com outras regiões e países desenvolvidos, que apresentaram entre 10% e 17%.[5] Apesar da redução da incidência na RMBH, o tétano acidental ainda se afigura como um problema de saúde pública, dada sua alta letalidade e o tratamento oneroso.

O sexo masculino é o grupo mais atingido, pois são muito incipientes as campanhas de vacinação direcionadas a esses indivíduos, principalmente na fase adulta. A estratégia vacinal dirigida à prevenção do tétano neonatal durante a gestação, de modo a proteger o recém-nascido e, por consequência, a própria mulher, possivelmente, explica os coeficientes de incidência menores nesse sexo, nas faixas etárias abaixo de 50 anos. Esses dados estão em conformidade com o que se observa em Minas Gerais, no País e em outras regiões.[1,4,9]

Em estudo realizado em Portugal e em outros países europeus, encontrou-se a predominância de casos de tétano acidental nas mulheres, apontando um perfil epidemiológico distinto ao brasileiro quanto à ocorrência de casos em relação ao sexo.[10]

O elevado número de casos em indivíduos acima de 50 anos (48,4%) deve-se ao fato de que, com o envelhecimento, essas pessoas se tornam mais susceptíveis a acidentes, no domicílio e fora do domicílio, muitas vezes ocasionados pela redução dos reflexos, da acuidade visual, auditiva e da habilidade motora.[6,11] Para reforçar essa evidência, entre as ocupações, encontramos os aposentados e as atividades do lar com maior preponderância.

Por outro lado, a não ocorrência de casos entre os menores de 19 anos pode ser explicada por melhores índices de cobertura vacinal nas faixas etárias aí compreendidas, incluindo o reforço por volta dos 15 anos. Em contraste, a ocorrência de casos entre menores de 19 anos em Minas Gerais (4,0%)[4] aponta para possibilidade de coberturas vacinais inferiores em municípios que não pertencem à RMBH.

A maior incidência de casos na zona rural em relação à urbana assinala a necessidade de implementação de estratégias em ambas as áreas, com ênfase na zona rural, o que poderá ser favorecido por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Portanto, a realização de campanhas de vacinação objetivando prevenir o tétano deve contemplar tanto populações rurais como urbanas.

Embora em elevado percentual de casos a situação de escolaridade constasse como ignorada, o baixo índice de escolaridade nos demais casos é fator que influencia a inadequada cobertura vacinal em grupos prioritários.[9] Isso aponta para a necessidade de campanhas educativas, principalmente entre as populações desprovidas de instrução.

Os resultados mostram que obter bons níveis de cobertura vacinal na população infantil e entre gestantes não é suficiente para eliminar o tétano. Há necessidade de que os profissionais de saúde promovam ações planejadas que atinjam e mobilizem toda a sociedade por meio de novas estratégias intra e extramuros, voltadas para a imunoprofilaxia do tétano, independentemente da idade, do sexo e da zona de moradia, para que ocorra a erradicação do tétano acidental.

É importante ressaltar o predomínio de lesões nos membros inferiores e do tipo perfurocortante, o que reforça a necessidade de medidas de proteção, como o uso de calçados apropriados, principalmente em atividades profissionais e de lazer.

O elevado percentual de informações ignorada, tanto em relação à escolaridade quanto à história vacinal, nos remete a necessidade de envidar esforços no sentido de melhor preparar os profissionais para o preenchimento de ficha de investigação epidemiológica do tétano acidental. A maioria dos profissionais de saúde no País considera uma "burocracia" o preenchimento dos instrumentos de registro de dados, caracterizando-a como uma parte menos nobre e importante do seu processo de trabalho, demonstrando, assim, que não compreendem o valor dessa atividade para a vigilância em saúde.[12-14]

Embora nas últimas décadas tenha havido investimentos objetivando a maior confiabilidade do SINAN, nos níveis municipal, estadual e federal, por meio de frequentes capacitações para os profissionais de saúde, há ainda a necessidade da intensificação de esforços e o desenvolvimento de estratégias para diminuir ainda mais a subnotificação de agravos, dentre os quais o tétano.

Apesar das limitações decorrentes dos dados coletados na ficha de investigação por meio do SINAN, este estudo contribui para a descrição da situação epidemiológica do tétano acidental na RMBH, onde essa doença continua sendo um grave problema de saúde pública. Portanto, espera-se que ele possa auxiliar na formulação de estratégias de prevenção e controle desse importante agravo.

AGRADECIMENTOS

À Superintendência de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, por nos facilitar o acesso, aprendizado e manuseio do banco de dados do Tabwin®, relativos ao período estudado.

À FAPEMIG, pelo auxílio de bolsa de iniciação científica, que muito contribuiu para a elaboração deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

2. Viertel IL, Amorim L, Piazza U. Tétano acidental no Estado de Santa Catarina, Brasil: aspectos epidemiológicos. Epidemiol Serv Saúde. 2005; 14(1):33-40.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Tétano Acidental. Descrição da doença.[Citado 2008 maio 14]. Disponível em http://portal saude.gov.br/portal/saude/visualizar texto.cfm? idxt=26947.

4. Vieira LJ, Santos LM. Aspectos epidemiológicos do Tétano Acidental no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2001-2006. Epidemiol Serv Saúde. 2009 out-dez; 18(4):357-64.

5. Guimarães TC. Tétano: ainda um problema de saúde pública. Bol Epid Paul. 2005; 2(13):1-8.

6. Moraes EM, Pedroso ERP. Tétano no Brasil: doença do idoso? Rev Soc Bras Med Trop. 2000; 33(3):271-5.

7. Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais. Rio de Janeiro. FIBGE [Citado 2010 mar. 04]. Disponível em htpp//www.ibge.gov.br/contagem_da_população_2007.

8. Brasil. Ministério da Saúde.Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Dados populacionais do DATASUS. Rio de Janeiro. [Citado 2010 mar. 04]. Disponível em htpp// tabnet.datasus.gov.Br/cgi/tabcgi.exe? ibge/cnv/popmg-def.

9. Feijão AR, Brito DMS, Peres DA, Galvão MTG. Tétano Acidental no Estado do Ceará, entre 2002 e 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2007; 40(4):426-30.

10. Silva EE, Félix-Machado MC. Situação vacinal-Tétano. Abordagem na Unidade Francisco Xavier Noronha. Rev Port Clin Geral. 2000; 16:125-38.

11. Pagliuca LMF, Feitoza AR, Feijão AR. Tétano na população geriátrica: problema da saúde coletiva? Rev Latinoam Enferm. 2001; 9(6):69-75.

12. Castro L, Gonçalves G, Catarino J. Caracterização epidemiológica dos casos declarados de tétano. Oportunidades perdidas de vacinação. Acta Med Port. 2004; 17:225-9.

13. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(4):419-24.

14. Lemos JC, Almeida TD, Fook SML, Paiva AA, Simões MOS. Epidemiologia dos accidentes ofídicos notificados pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande, Paraíba. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(1):50-9.

Data de submissão: 23/3/2010
Data de aprovação: 15/10/2010

JOVENS DE UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS EM REGIME DE SEMILIBERDADE DA FUNASE, RECIFE-PE: VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS

YOUNG OFFENDERS SERVING A SEMI OPEN SENTENCE AT A SOCIO EDUCATIONAL FACILITY (FUNASE) IN RECIFE-PE: THEIR EXPERIENCES AND EXPECTATIONS

JÓVENES DE INSTITUCIONES SOCIOEDUCATIVAS (FUNASE) EN RÉGIMEN DE SEMI-LIBERTAD, RECIFE-PE: SUS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS

Waldemar Brandão Neto[1]
Camila Lima Brady[2]
Roberta Biondi Nery de Freitas[2]
Estela Maria Leite Meirelles Monteiro[3]
Jael Maria de Aquino[4]

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa cujo objetivo foi investigar a vivência de jovens que cumprem medida socioeducativa de semiliberdade, considerando os fatores socioeconômicos, culturais e afetivos que concorrem para sua inserção na criminalidade, assim como identificar suas expectativas em relação ao futuro. Foi aplicado um roteiro de entrevista com 30 adolescentes do sexo masculino, nos meses de julho a setembro de 2009. Os depoimentos foram gravados, transcritos e analisados mediante o Discurso do Sujeito Coletivo, sendo decompostos em oito ideias centrais: vivência dos adolescentes na escola; relacionamento intrafamiliar dos adolescentes; situação socioeconômica dos familiares dos adolescentes; vivência dos adolescentes como moradores de rua; vivência dos adolescentes com o uso de drogas; familiares dos adolescentes que cometeram atos infracionais; vivência delituosa dos adolescentes; e desejo de mudanças e expectativas dos adolescentes em relação ao futuro. Evidenciou-se que a desestrutura familiar, a precarização nas condições de vida, a exposição às influências nocivas do ambiente da rua, a ausência de suporte escolar de qualidade, a ausência de adultos que sejam referências positivas e a negação da vivência da etapa da infância concorrem para o crescente envolvimento de jovens com atividades delituosas. A vivência dos jovens em situação de criminalidade desencadeia atitudes discriminatórias e preconceituosas pela sociedade, contribuindo para as dificuldades de estabelecer uma rede de apoio propícia a ações para a (re)inserção social desses indivíduos.

Palavras-chave: Adolescente Institucionalizado; Comportamento Antissocial; Violência; Políticas Públicas; Ação Intersetorial; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach that aimed to investigate the experience of young offenders who serve a rehabilitation sentence in a semi open system. This research considers the socio-economic, cultural and emotional processes that contribute to the adolescent engaging into crime, intend to identify as well their expectations for the future. We interviewed 30 male youths from July to September 2009. Their statements were recorded, transcribed and analyzed using the Collective Subject Discourse. Those accounts were divided into eight main ideas: the adolescent's experience at school, their intra-familial relationships, the family members' socioeconomic status, their homeless experience, drug use, the families of adolescents who have committed crimes, criminal experience of adolescents, the desire for change and expectations about the future. The study revealed that a disjointed family, the precarious living conditions, the exposure to damaging influences on the streets, a deficient school system, the nonexistence of a positive adult role model and the youngsters' lack of a childhood experience contributes to their increased involvement young in criminal activities. The young offenders experience in crime generates social discrimination and prejudice and contributes to the difficulty in establishing a support network favorable to the social inclusion of these individuals.

Key words: Institutionalized Youth; Antisocial Behavior; Violence; Public Policies; Intersectoral Action; Health Professionals

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de enfoque cualitativo cuyo objeto fue analizar la experiencia de jóvenes que cumplen medidas socioeducativas en régimen de semilibertad. Se consideraron los factores socioeconómicos, culturales y afectivos que contribuyen a su inserción en la criminalidad y se buscó identificar las expectativas de

[1] Enfermeiro. Mestrando do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Bolsista CAPES. E-mail: brandaonetow@gmail.com.
[2] Enfermeira. Egressa do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE).
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem comunitária pela UFC. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhoras das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE) e do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem na Promoção à Saúde de Populações Vulneráveis. E-mail: estelapf2003@yahoo.com.br.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Docente e coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhoras das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE).
Todos são membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem na Promoção à Saúde de Populações Vulneráveis.
Endereço para correspondência: Rua Áureo Xavier, 145, apt° 301, Cordeiro, Recife-PE, CEP: 50721-050. Telefone (81) 3183-3600. E-mail: brandaonetow@gmail.com.

dichos jóvenes en relación al futuro. Se realizaron entrevistas con 30 adolescentes varones entre julio y septiembre de 2009. Las declaraciones fueron gravadas, transcritas y analizadas mediante el Discurso del Sujeto Colectivo. Se consideraron 8 ideas centrales: experiencia de los adolescentes en la escuela, relación intrafamiliar del adolescente, situación socioeconómica de los familiares, experiencia de los adolescentes como personas sin hogar, experiencia de los adolescentes con el uso de drogas, familiares de los adolescentes que cometieron delitos, experiencia delictiva de los adolescentes y anhelo de cambiar y expectativas en relación al futuro. Fue evidenciado que la desestructura familiar, la precarización en las condiciones de vida, la exposición a las influencias nocivas del ambiente de la calle, la ausencia de apoyo escolar de calidad, la ausencia de adultos como referentes positivos y la negación de la experiencia de la etapa de la infancia contribuyen a la creciente implicación de jóvenes en actividades delictivas. La experiencia de los jóvenes en situación de criminalidad desencadena actitudes discriminatorias y de prejuicio por parte de la sociedad, aumentando las dificultades de establecer una red de apoyo propicia para acciones de (re) inserción social de estos individuos.

Palabras clave: Adolescente Institucionalizado; Comportamiento Antisocial; Violencia; Políticas Públicas; Acción Intersectorial; Profesionales de Salud.

INTRODUÇÃO

Para melhor compreensão da temática aqui abordada, é necessário contextualizar a adolescência como um dos períodos mais importantes do desenvolvimento humano, caracterizado por várias transformações biopsicossociais decorrentes de um somatório de fatores, como as transformações corporais e a acumulação de experiências satisfatórias ou não na formação do seu caráter e dos sentimentos e reações em meio à vida em sociedade. É uma fase de transição, na qual a criança vai atingir o período adulto, delimitando o potencial de crescimento psicológico do indivíduo.[1]

Nessa fase, o adolescente sente necessidade de estabelecer contatos com outros jovens e formar seu grupo de identificação que influencia suas ideias e opiniões, passando a permanecer mais tempo com o grupo fora de casa do que com os pais em casa, diferentemente do que ocorre nas fases anteriores, na infância ou na pré-adolescência. Esse relacionamento com o grupo pode encorajá-lo a comportamentos inadequados, como estímulo a atitudes agressivas e antissociais, uso de drogas e a delinquência, que se tornam normas em grupos da mesma faixa etária durante esse período.[2]

Os fatores associados a comportamentos antissociais na adolescência são: pertencer ao sexo masculino; receber cuidados maternos e paternos inadequados; ter uma dinâmica familiar conflituosa; ter familiares com problemas de saúde mental; residir em áreas urbanas; ter baixo nível socioeconômico; ser usuário de álcool e outras drogas.[3]

A vivência de situações de violência caracteriza o cotidiano dos adolescentes considerados autores de ato infracional, tornando-os não somente vítimas, mas também causadores de atos de violência. Os jovens provenientes das camadas mais pobres sofrem particularmente porque são excluídos do acesso direto às marcas mais caras do mercado e das políticas públicas capazes de, ao menos, criar uma expectativa razoável de inserção nesse mercado. Assim, a violência pode ser pensada como uma forma de resistir às injustiças e ascender ao mundo do consumo.[4]

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que os adolescentes menores de 18 anos completos e que cometeram práticas infracionais, crime e/ou contravenção penal são penalmente inimputáveis e, dessa forma, lhe são aplicadas medidas socioeducativas estabelecidas por autoridade judiciária competente, considerando a gravidade da infração e/ ou sua reiteração, como forma de punição: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional.[5]

A medida socioeducativa de semiliberdade constitui o regime de atendimento destinado a adolescentes infratores que não são privados de liberdade, trabalham e estudam durante o dia e à noite retornam a instituição. Essa medida tem possibilitado bons resultados, dada a assistência feita por pedagogos, assistentes sociais e psicólogas a esse grupo. Nesse regime, são obrigatórias a profissionalização e a escolarização do menor.[6]

Vale ressaltar que, em Estados como Bahia, Pernambuco, Acre, Maranhão e Sergipe, o número de adolescentes privados de liberdade é maior do que o daqueles que cumprem medidas em meio aberto,[7] o que evidencia um fato do tímido investimento nas medidas socioeducativas em meio aberto, restando aos jovens apenas as medidas de internação, recomendáveis pelo ECA como breves e excepcionais.

Os adolescentes que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade sofrem o que se chama de déficit de integração ao trabalho/ ocupação, moradia, educação e cultura, dentre outros. Privados de participar de certo número de bens sociais, esses adolescentes acabam por incluir-se na ilegalidade, ou seja, produzindo-se a exclusão, obtém-se a inclusão marginal desse segmento da população.[8]

A Fundação de Atendimento Socioeducativo (FUNASE), com sede e foro no Município e Comarca do Recife, capital do Estado de Pernambuco, tem a missão de planejar e executar, no âmbito estadual, os programas socioeducativos destinados aos adolescentes envolvidos e/ou autores de ato infracional, em conformidade com ECA. O público-alvo é constituído por adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade incompletos e, excepcionalmente, dos 18 aos 21 anos de idade, envolvidos e/ou autores de ato

infracional. Sua visão é ser referência nacional, pela sua capacidade de atender adolescentes como sujeitos de direitos, com condições para o exercício da cidadania, consolidando o princípio da incompletude institucional e o projeto político-pedagógico.[9]

Entretanto, a mídia propaga informações que denunciam insatisfação por parte dos menores infratores e possíveis limitações na atuação e capacidade da Fundação, mediante realizações de fuga em grupos, mobilizações e motins, inclusive causando incêndios em áreas das unidades. Entre as queixas referidas pelos adolescentes submetidos a medidas socioeducativas, são relacionadas a superlotação, o modo como são tratados pelos profissionais e as condições internas das unidades. Destaque-se, ainda, a não adaptação de muitos adolescentes às propostas educativas, evidenciando uma lacuna quanto ao estabelecimento de sentimentos de afetividade e respeito entre os jovens infratores e os profissionais responsáveis em atendê-los.

O desenvolvimento deste estudo visa obter a apropriação de dados que propiciem uma leitura da realidade que acomete os jovens infratores, possibilitando uma visibilidade das situações de vulnerabilidade. A situação de vulnerabilidade é também vivenciada pelos demais adolescentes e jovens brasileiros, porém comprova-se que os adolescentes em conflito com a lei vivem em uma realidade na qual os fatores de exclusão social são maiores do que os fatores de inclusão social.[10]

Diante da complexidade que envolve o tema dos jovens em conflito com a lei, tendo o conhecimento dos fatores econômicos, socioculturais e afetivos considerados relevantes para a compreensão do seu comportamento antissocial, uma forma privilegiada de abordar essa temática é considerar o que os adolescentes têm a dizer sobre o assunto, uma vez que o relato deles permitirá a tradução da imagem, muitas vezes estereotipada, em expressão da vivência cotidiana.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivos: investigar a vivência de jovens que cumprem medida socioeducativa de semiliberdade, considerando os fatores socioeconômicos, culturais e afetivos que concorrem para sua inserção na criminalidade, e identificar as expectativas do jovem em regime de semiliberdade em relação ao futuro dele.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, por ser a mais adequada forma de se alcançar "um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser resumido à operacionalização de variáveis".[11]

O estudo teve como cenário a FUNASE, instituída pela Lei nº 132, de 11 de dezembro de 2008, pessoa jurídica de direito público vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, com natureza de fundação, patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira.[9]

Para a realização deste estudo, foram delimitadas as duas unidades de atendimento socioeducativo da FUNASE que abriga os menores do sexo masculino em regime de semiliberdade, as chamadas Casas de Semiliberdade I e II (CASEMs), ambas com capacidade para 20 adolescentes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a setembro de 2009, após aceite de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 0195.0.097.000-08.

Foi utilizada a técnica de entrevista com aplicação de um roteiro com perguntas abertas previamente testadas e a gravação para registro das falas. Nas entrevistas, foram abordadas as seguintes questões: os fatores socioeconômico, culturais e afetivos que concorreram para a inserção do jovem infrator em regime de semiliberdade na criminalidade; reeducação e ressocialização dos menores infratores em regime de semiliberdade nas unidades socioeducativas da FUNASE e as expectativas do jovem infrator em regime de semiliberdade em relação ao futuro dele. Vale ressaltar que a etapa de coleta de dados só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A seleção dos participantes teve como critérios de inclusão os jovens do sexo masculino que se encontravam no cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade, no período de permanência dos pesquisadores na instituição, e que apresentaram condições físicas e psíquicas para participar do estudo. Para tanto, os adolescentes foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos para a coleta de dados deste estudo. É importante ressaltar que foi respeitada a concordância dos adolescentes em participar do estudo, além da autorização de seus pais ou responsáveis, com anuência formal mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a Resolução nº 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.[12]

Os discursos obtidos mediante a gravação das entrevistas foram transcritos, submetidos a sucessivas leituras e posterior análise de conteúdo e decompostos individualmente nas principais Ancoragens ou Ideias Centrais, reunidos e sintetizados, visando à constituição discursiva da representação social.[13]

A análise dos dados foi embasada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um procedimento de tabulação de depoimentos verbais que extrai de cada uma das respostas as Ideias Centrais e/ou Ancoragens e suas correspondentes Expressões-Chaves (ECHs) - fragmentos contínuos ou descontínuos do discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo.[14] O DSC estabelece uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa, proporcionando resgatar a fala sobre determinado assunto em dado universo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização do grupo

O grupo participante foi composto por 30 adolescentes do sexo masculino, com predomínio de 57% (17) na faixa etária de 15 a 17 anos, seguidos de 40% (12) equivalentes à faixa etária de 18 a 19 anos, e 3% (1) com a idade de 13 anos. Cabe salientar que a participação de jovens com mais de 18 anos, cumprindo medida em regime aberto, ocorreu porque eles cometeram ato infracional na adolescência, tiveram passagem pela medida de internação e estavam sob progressão de medida expedida pela autoridade judicial.

Em relação à escolaridade, os adolescentes estão distribuídos em diferentes séries, que vão desde a 1ª série do Ensino Fundamental, referente ao 1° ciclo, até o 1ª ano do Ensino Médio. No entanto, apenas 24 adolescentes afirmaram que frequentavam a escola.

Na composição familiar básica do grupo, foi evidenciado que 40% (12) moram com a mãe e os irmãos, 27% (8) moram com os pais e irmãos, 13% (4) moram com mãe, padrasto e irmãos, 13% (4) moram com outros, 3% (1) moram com o pai e irmãos e 3% (1) moram na própria CASEM. Vale ressaltar, a importância da família como ponto de apoio e acolhimento durante a vivência do adolescente no cumprimento de medida socioeducativa, caracterizada pela compreensão, carinho, amor, segurança afetiva e emocional.

Quanto à religiosidade, verificou-se, que 40% (12) dos entrevistados afirmaram que não seguiam nenhuma religião, 37% (11) disseram que eram evangélicos e 23% (7), católicos.

Esse afastamento das práticas religiosas também foi observado no trabalho de Oliveira e Assis,[15] em que 45,2% dos adolescentes internos informaram que não tinham religião, 24,7% se autodenominavam católicos;19,5%, evangélicos; e apenas 7,2%, espíritas. Ainda segundo esses autores, a religião possibilita a construção de um novo projeto de vida, produz um novo modo de conceber o mundo, construir e suportar a realidade, associando-a à esperança.[15]

Em relação ao número de adolescentes entrevistados que possuem reincidência infracional, foi verificado que 40% (12) encontravam-se pela segunda vez cumprindo medida socioeducativa de semiliberdade. Entre os atos infracionais praticados pelos adolescentes que concorreram para sua reincidência, foi evidenciado que enquanto alguns cometeram os mesmos delitos, outros se envolveram em delitos mais graves, sendo submetidos ao cumprimento de medida socioeducativa de internação.

Como forma de conhecermos o contexto sociocultural do grupo estudado e estabelecer um espaço de fala e escuta, investigamos sobre suas habilidades e/ou aptidões artísticas, dentre as quais os adolescentes destacaram: atividades culturais, como capoeira, maracatu, pintura; artesanato; desenhos; grafitagem; identificação por alguns instrumentos musicais, como berimbau, violão, alfaia, pandeiro, flauta.

No que tange às atividades de lazer relatadas pelos adolescentes (TAB. 1), foram destacados "sair com os amigos" e "ouvir música"; em relação ao primeiro item eles afirmaram que vão a festas, praia, cinema e shopping. Um dos participantes alegou que saía para roubar e matar. No que diz respeito ao segundo item, os adolescentes afirmaram que tinham preferência pelos ritmos musicais: brega, pagode, *funk*, forró.

TABELA 1 – Atividades que os adolescentes mais gostam de fazer – Recife-PE – 2009

Atividades que os adolescentes mais gostam de fazer	N	%
Sair com os amigos	12	40
Ouvir música	6	20
Jogar bola	4	13,33
Dançar	3	10
Desenhar	3	10
Ler	2	6,66
TOTAL	**30**	**100**

Com os DSCs, foram obtidos oito ideias centrais (ICs): vivência escolar dos adolescentes; relacionamento intrafamiliar dos adolescentes; situação socioeconômica dos familiares dos adolescentes; vivência dos adolescentes como moradores de rua; vivência dos adolescentes com o uso de drogas; familiares dos adolescentes que cometeram atos infracionais; vivência delituosa dos adolescentes; e desejo de mudanças e expectativas dos adolescentes em relação ao futuro.

Ideia central I – Vivência escolar dos adolescentes

Nesta ideia central, enfocamos a vivência escolar dos adolescentes sob medida socioeducativa, considerando o significado dessa instituição no desenvolvimento pessoal, social e cognitivo desses jovens.

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Eu vou porque é obrigado, acho um saco. [...] Parei de ir pra escola porque entrei nessa vida. [...] Vou só pra jogar bola. [...] Não tenho paciência pra aula. A gente não aprende nada. [...] Eu nunca fui pra escola, não gostava de estudar, meu negócio era só tráfico. [...] Estudo à noite, mas não vou à escola; em vez disso vou pra casa da minha namorada. [...] Lá não tem muita aula direito, duas vezes que fui não teve aula, daí eu disse que não ia mais pra esse colégio.*

Ao analisarmos os discursos, verificamos que mais da metade dos adolescentes em conflito com a lei frequentava a escola, porém alguns dos entrevistados não faziam parte desse grupo. Dentre as causas para

essa desistência estão a renúncia, os conflitos, o fracasso acadêmico e a paralisação das aulas.

Sabe-se que o abandono ativo ou passivo do adolescente do meio acadêmico é um dado relevante para a entrada no mundo da criminalidade, e o enfrentamento dessa problemática é reconhecidamente um fator importante para superar as condições em que vivem os adolescentes marginalizados. As dificuldades escolares e o abandono dos estudos são apontados por vários autores como fatores contribuintes para o ingresso do jovem no mundo infrator.[16,17]

De acordo com as Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (Resolução nº 2/2001 da Câmara da Educação Básica do Conselho Nacional de Educação), apesar das dificuldades encontradas, como disfunções, limitações e carências, a educação deve estar vinculada não somente a uma falha orgânica específica, mas a outras falhas, como dificuldades cognitivas, psicomotoras e de comportamento, e, ao mesmo tempo, seja capaz de permitir que os alunos em conflitos com a lei possam também fazer parte desse apoio escolar.[18]

Os jovens em cumprimento de medidas socioeducativas devem cursar o ensino regular, pois, de acordo com o ECA, o cumprimento da medida socioeducativa implica o acesso à educação formal.[5] Há um grande empenho para realizar as matrículas dos adolescentes nas escolas, no entanto nem sempre se obtém êxito. Na maioria das vezes, as escolas justificavam a exclusão da matrícula dos adolescentes em conflito com a lei porque tais jovens, quando estavam na escola, causaram problemas e também porque esses alunos podem servir de má influência para os outros.[19]

Uma das maiores dificuldades das escolas que recebem esses adolescentes pode ser o fato de que a escola não esteja devidamente preparada para enfrentar esse tipo de situação, ou seja, a escola não possui recursos disciplinares coesos que incentivem o adolescente a cumprir o ensino regular, o que acaba por facilitar a evasão escolar. Além disso, muitos são os professores que não recebem incentivo, seja ele financeiro ou não, e educação permanente para lidar com esse grupo etário.

Ideia central II – Relacionamento intrafamiliar dos adolescentes

Diante da importância dos pais na orientação e proteção dos filhos, investigamos, nesta ideia central, o relacionamento intrafamiliar dos jovens sob medida socioeducativa.

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Como qualquer família a gente briga. [...] Só vejo minha tia de mês em mês, porque ela vem me visitar, e minha mãe e meus irmãos não têm condições pra vir me visitar. [...] Meus irmãos e meu pais nunca me abandonaram, sempre me apoiaram quando tô preso. Tô querendo sair daqui o mais rápido possível e ir pra casa estar com eles. [...] Não conheço o meu pai, nunca nem vi. [...] Meu pai me deixou quando eu tinha 7 anos, [...] não sei nada sobre ele. Até hoje ele não deu as caras e não vai ser agora. [...] Com meu pai eu não quero nem papo, não gosto dele, não. [...] Não gosto do meu padrasto porque ele bate na minha mãe. Eu brigo com ele, porque eu não gosto de ver minha mãe apanhando. [...] Desde que fui preso eu não falo com meu pai.*

De acordo com os discursos, os adolescentes descrevem um forte vínculo afetivo com a mãe, mostrando que esta exerce o papel principal na vida deles, muitas vezes assumindo o papel de provedora do lar.

Verificou-se nos discursos dos adolescentes que a presença dos familiares no período de institucionalização é fundamental, revelando que a família pode atuar como suporte afetivo e emocional para que possam superar a vivência no período de internação.

O distanciamento do adolescente de sua família é algo problemático, visto que a ausência familiar e as situações de conflito no lar influenciam na história de institucionalização e pode contribuir para que ele continue envolvido com atos infracionais.[15]

Nos discursos, alguns adolescentes reconhecem a importância da presença do pai como uma autoridade no sentido de impor limites estabelecidos por regras e deveres, que serviriam para impedir a prática de atos infracionários e o uso de drogas. O pai é visto como uma figura distante, que para muitos adolescentes sequer existiu; é alguém que não fez parte da vida deles, ou ainda aquele que poderia ter feito algo por eles e não quis, o que gera um comportamento de rejeição e revolta grande entre os jovens infratores.

Reafirma-se a importância do papel familiar:

> Embora a escola, os clubes, os companheiros e a televisão exerçam grande influência na formação da criança, os valores morais e os padrões de conduta são adquiridos essencialmente através do convívio familiar. Quando a família deixa de transmitir esses valores adequadamente, os demais veículos formativos ocupam seu papel.[20:2004]

Ideia central III – Situação socioeconômica dos familiares dos adolescentes

Abordamos, nesta ideia central, a apreciação da situação socioeconômica dos familiares dos adolescentes sob medida socioeducativa.

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Meu pai é comerciante e minha mãe é pensionista e acabou de passar no concurso da polícia civil. [...] Meu pai trabalha na Petrobras e minha mãe é cozinheira chefe de uma pizzaria; [...] tem uma boa situação; [...] é uma situação boa, meu pai é chefe de segurança; [...] a minha mãe trabalhava fazendo faxina em casa de família, mas deixou de trabalhar pra vir me visitar porque eu fui preso. A gente vive da aposentaria da minha avó e do dinheiro do meu irmão que trabalha em uma marcenaria. [...] A minha mãe trabalha em casa de família, a situação da gente é mais ou menos, mas a*

minha avó ajudava a gente também. [...] Minha irmã e minha mãe trabalham como doméstica.

Nos discursos dos adolescentes, evidenciamos que eles pertencem a famílias de diferentes camadas sociais. A maior parte dos adolescentes entrevistados provinha de famílias com pais separados, com outros parentes (irmãos, avós, tios, etc.) que já haviam falecido ou simplesmente os abandonaram. Entretanto, os discursos revelam que ainda existem outros fatores que, somados a essa problemática, contribuem para a prática do delito: a condição de pobreza e exclusão social que experienciam.

Evidenciou-se nos discursos que, na maioria das vezes, a mãe é a chefe de família, lida com o estresse de sustentar a casa, assim como de educar os filhos. Esses fatores, aliados a uma rede de apoio ineficaz (ausência de apoio do parceiro, falta de recursos na comunidade, dentre outros), afeta diretamente a estrutura parental básica necessária em qualquer ambiente familiar.[19] Vale ressaltar que os adolescentes contam com outras fontes de renda, como aposentadoria por tempo de serviço, benefícios por invalidez, as quais são provenientes de outras pessoas do núcleo familiar.

Apesar de a maioria dos discursos confirmarem que há o predomínio de baixo poder aquisitivo dos participantes, a pobreza, por si só, não é fator que condiciona o adolescente a cometer delitos. Verificamos também, nos relatos dos adolescentes, que alguns tinham boa condição financeira. Há uma relação direta e causal entre pobreza e delinquência. No entanto, os jovens de maior poder aquisitivo também cometem atos infracionais, todavia trata-se de infrações de outros tipos: dirigir sem habilitação ou consumir e traficar drogas, percorrendo trajetórias diferentes das vivenciadas pelos jovens pobres.[21]

Ideia central IV – Vivência de adolescentes como moradores de rua

Considerando a situação de vulnerabilidade do ambiente de rua, destacamos, nesta ideia central, as vivências dos adolescestes infratores como moradores de rua.

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Dormir só uma vez porque teve uma* 'cutuca' [conflito] *de facção com facção. [...] Dormi um dia, eu tive medo de voltar pra casa porque já era uma hora da manhã. [...] Fiquei duas semanas, mas um primo meu ficou comigo, eu não tinha medo. Só tinha medo dos policiais. [...] Morei na rua um ano e pouco porque as drogas me levaram. [...] Morar na rua é coisa muito doida, as pessoas fazem mal às outras. Olha isso aqui, sabe o que foi isso? Foi uma queimadura por tentativa de homicídio.* [Nesse momento, ele mostra em seu braço um enxerto grande e cicatrizado.]

Entre os jovens entrevistados, apenas 13% (4) tiveram vivência como moradores de rua. Considerou-se nessa amostra aqueles adolescentes que por algum motivo não retornaram ou abandonaram sua residência por tempo mínimo de um dia. Foi evidenciado nos discursos que a vivência como morador de rua pode ser justificada pela necessidade de sobrevivência, seja pela dependência do uso de drogas, na obtenção de dinheiro para consumi-las, e/ou seja pela banalização dos atos violentos e brigas de diferentes facções e sua comunidade.

Percebe-se que a identificação dos adolescentes com o estereótipo do morador de rua inclui a adoção de comportamentos e o desenvolvimento de habilidades sociais voltadas para a sobrevivência no cotidiano da rua. Apesar desse fato, é importante considerar que as atitudes individuais e sociais induzem os adolescentes a infringir a lei, pois para eles não há limites, porque o sistema reproduz a desigualdade e a exclusão, reforçando a necessidade que o adolescente tem de buscar na marginalidade o atendimento das suas necessidades básicas e enfrentar seu processo de adaptação a essa nova realidade.[22]

Ideia Central V – Vivência dos adolescentes com o uso de drogas

A correlação do tráfico e consumo de drogas com a inserção na criminalidade concorreu para elaboração desta ideia central, na qual nos propomos destacar as vivências dos adolescentes sob medida socioeducativa com a drogadição:

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Eu já usei maconha, craque, álcool,* 'mesclado' [maconha + craque] *e loló, mas agora só cheiro loló porque é fraquinho. [...] Comecei a fumar maconha com 11 anos porque eu quis e fumo até hoje. [...] Uso cocaína, maconha e loló só quando eu vou pra casa. [...] Comecei a cheirar cola com 7 anos e agora só uso às vezes, quando eu arrumo dinheiro. [...] Comecei a fumar maconha, cigarro e cheirar cocaína com 12 anos. Hoje eu uso cocaína e todos os domingos eu vendo pra outro cara. [...] Já experimentei quase todas, menos heroína, ecstasy e xarope. [...] O craque é que acaba com a vida. [...] Eu serrei a grade porque eu tava doidão pra comprar droga. [...] O que acaba com a beleza do homem é a droga.*

Nesses discursos, percebe-se que os adolescentes já haviam tido contato com algum tipo de droga, seja ela lícita, seja ilícita. A maioria dos adolescentes em conflito com a lei entrevistados era fumante. Mais da metade indicou não usar drogas ilícitas, sendo que alguns usuários afirmaram que fazem uso predominante de maconha, pois, dentre todas as drogas, é nesta que tais adolescentes encontram fácil acesso e também por ser um das mais baratas.

O *crack* foi uma das drogas mais citadas pelos jovens, porque provoca crises de abstinência mais intensas, por isso os usuários se tornam mais agressivos e capazes de qualquer coisa para consumi-la. Além disso, verificamos, nos discursos, que alguns adolescentes têm consciência das consequências da inserção deles no mundo do tráfico.

Segundo relato dos adolescentes, eles percebem que a droga é capaz de lhes oferecer "poder" e "coragem" para desafiar, conquistar ou infringir. Os jovens temem, mas,

ao mesmo tempo, veneram o mundo do crime, pois inserir-se nele é uma forma de se rebelarem contra o sistema vigente.[17]

O envolvimento do adolescente com drogas, em diversas ocasiões, apresenta-se como um dos fatores motivadores do exercício infracional, para custear a própria dependência química e/ou contribuir na renda familiar, prestando serviços ao tráfico. A utilização das drogas na adolescência, na maioria dos casos, inicia-se com o uso de drogas consideradas lícitas, como cigarro e álcool, ou, ainda, por solventes inalantes, que, apesar de terem venda proibida, são facilmente conseguidos pelos usuários.[23]

A experiência dessas drogas ocorre em grande parte por curiosidade, imitação ou, ainda, por pressão de seus amigos, como forma de criar sua identidade perante o grupo de que fazem parte. Fatores de risco, como pais ou parentes próximos com histórico de dependência ou abuso de substância, instabilidade familiar, condição financeira de miséria, histórico de abuso físico e sexual, dificuldades escolares e baixo nível de autoestima, contribuem ainda mais com a prática infracional.

Ideia central VI – Familiares dos adolescentes que cometeram atos infracionais

Nesta ideia central, foi analisada a situação dos familiares dos adolescentes que cometeram atos infracionais, considerando a influência deles como referência na formação dos jovens:

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Meu primo tava junto comigo, ele foi preso e levado pro presídio. [...] Quando eu fiz isso tava eu e meu irmão mais velho. [...] Tem um tio meu que também tá preso. [...] Meu irmão, que já morreu por causa do tráfico. [...] Meu avô matou um cara, mas ele já é falecido. [...] Meu irmão já fez assalto e tá preso também. Ele é menor. [...] Meu primo e meu tio, que é taxista, já passaram pelo presídio. Meu primo foi roubar com ele nesse dia, foi pego e foi pra internação, que era menor na época, mas ele já morreu, por causa desse negócio de roubar. [...] Minha irmã e meu irmão tão presos por causa de assalto.*

De acordo com os discursos, destacamos que há um envolvimento dos membros familiares dos adolescentes em atos criminosos que estão ou já tiveram passagem pelo sistema penitenciário, o que nos leva a considerar que a prática infracional pode ocorrer em parceria com esse jovem ou induzi-lo a um encorajamento para cometer tais atos.

Estudos apontam que a influência de pais ligados à criminalidade é um fator relevante para o envolvimento de adolescentes com a prática de atos infracionais como furto, roubo, tráfico, homicídio.[24]

Ideia central VII – Vivência delituosa dos adolescentes

Nesta ideia central, ao questionarmos os adolescentes sobre o que eles mudariam na vida deles diante dos delitos praticados, identificamos dois temas: aqueles que desejariam que houvesse mudanças em sua vivência delituosa e aqueles que desejariam que não houvesse.

Tema A – Desejariam que houvesse mudanças quanto à vivência delituosa

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Eu mudaria essa infração que eu fiz. [...] Eu colocava o revolver na cinta, roubava moto, deixava o pessoal trancado. [...] Quando a gente passa por uma vida errada, ai é que a gente pensa cresce e vai pagando pela própria besteira. [...] Queria que voltasse um bocado de coisa. Teve um cara que me deu um tapa na cara, aí eu fui matei com um revolver e até hoje tô arrependido. [...] Se eu pudesse, recuperava o tempo* 'perdido'*, pois, se o cara já tivesse a experiência de ter passado aqui e tivesse como voltar atrás, aí fazia diferente. [...] Ter apanhado quando eu fui preso foi o pior dia da minha vida, eles deram em mim na frente da minha mãe. Minha mãe começou a chorar, não queria que ela tivesse visto. [...] A morte do meu irmão, porque é isso que esta me perturbando. [...] Se meu pai não tivesse falecido. [...] Ter entrado nas drogas. [...] Vai ter gente que vai sempre lembrar, que eu já '*cai'*. [...] Eu não queria ter sido preso e ter me envolvido com algumas pessoas. [...] A galera dizia que ganhava muito dinheiro vendendo uns '*bagulhos'*, por isso caí nessa, mas o que vem fácil vai fácil.*

Ao apreciarmos os discursos dos adolescentes, evidenciou-se que eles desejariam mudanças quanto: ao ato infracional realizado; ter cometido homicídio, representando certo arrependimento sobre a gravidade do ato e os danos causados as vítimas; ao tempo "perdido", pois seria uma oportunidade de retornar as atividades realizadas antes do cumprimento da medida; ter vivenciado mortes de familiares, sendo um momento em que o adolescente tem sua tranquilidade rompida e a dinâmica familiar alterada; ter entrado no mundo das drogas; ter se envolvido com pessoas de seu grupo consideradas influenciadoras para o uso de drogas e o tráfico.

Vale destacar, em um dos discursos feitos pelos adolescentes, a ausência de um dos componentes do núcleo familiar, o pai, figura que representa uma posição de autoridade, o qual poderá ou não influenciá-lo na prática de atos infracionais. Podemos verificar nos discursos, ainda, uma experiência negativa por ter sofrido violência policial ao ser preso, sendo relatado com um ato de humilhação e vergonha, pois a mãe assistiu a tudo.

Em estudo realizado na Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor em São Paulo (FEBEM), constatou-se que 87,5% dos adolescentes internos afirmaram que tinham sido vítimas de violência policial, como ser transportado em lugar indevido no veículo da polícia, ser algemado e ser alvo de agressões verbais e humilhações no ato da apreensão.[25]

O fato de um dos adolescentes, nos discursos, ter relatado que vão existir pessoas que irão sempre lembrar que ele cometeu delitos revela uma situação do modo como a

sociedade discrimina e estigmatiza esses jovens. Há uma crescente reação de antagonismo na sociedade para com os jovens infratores, provocada pelos atos infracionais graves que cometeram, sendo os meios de comunicação de massa responsáveis pela disseminação e intensificação dos delitos mais violentos praticados.[15]

Tema B – Desejariam que não houvesse mudanças quanto à vivência delituosa

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Comecei com 10 anos de idade vendendo craque; [...] aí comecei a praticar, a usar droga. Só que nós não vamos usar droga de graça? Nós vamos ter que botar um revólver na mão e sair roubando é tudo. [...] Eu já tive quatro* 'quedas' [apreensão]. *[...] Eu tava armado e tentei roubar um carro. [...] Fui preso por porte ilegal de arma. [...] Fiz isso porque briguei com uma cara e ele me ameaçou de morte. [...] Eu tenho vontade de andar armado, de roubar. [...] Adrenalina, diversão, influência de amigo. [...] Fui preso por assalto, formação de quadrilha, homicídio e porte ilegal de arma. [...] Não penso em apagar nada, não. [...] Não queria ta preso, queria sair daqui e fazer tudo de novo, porque eu gosto. [...] Não tem nada que mudaria, eu faria tudo de novo.*

Quanto aos delitos praticados, evidenciamos nos discursos dos sujeitos que o assalto à mão armada foi a infração mais comum, além de porte ilegal de arma, tráfico de drogas, formação de quadrilha e furto. Também verificamos que na prática criminal há a influência dos colegas, a qual, por sua vez, é reforçada quando o autor do delito obtém prestígio entre o grupo de iguais. Dessa forma, o adolescente infrator adquire "respeito" e "poder", situação que o motiva a continuar praticando delitos.

Nos relatos dos adolescentes que desejariam que não houvesse mudanças quanto à sua vivência delituosa, as infrações foram geradas como consequência da dependência química desses jovens e da necessidade de aquisição de droga. Essa situação concorre para que os adolescentes vivenciem sensações de desespero, transtornos compulsivos e alucinações, despertando um intenso desejo de adquirir a droga a qualquer preço.

Nesses discursos, verificamos, ainda, que os adolescentes não apagariam nada da vida deles, uma vez que manifestaram a vontade de sair do espaço institucional e ingressar novamente nas práticas infracionais. Muitos desses jovens são provenientes de famílias pobres que habitam nas áreas mais carentes da cidade, convivendo com frequentes episódios de violência, conflitos entre chefes do tráfico e a polícia, facilidade de acesso a armas e formação de gangues violentas, situações peculiares para o envolvimento dos adolescentes com o crime.[26]

Ideia central VIII – Desejo de mudanças e expectativas dos adolescentes em relação ao futuro

Nesta ideia central, investigamos as expectativas dos adolescentes, que puderam compartilhar seus sonhos, medos e expectativas de futuro positivas e negativas. Para tanto, os relatos foram divididos em dois temas: um referente àquele grupo de adolescentes que identificavam expectativas de um futuro desvinculado de práticas delituosas e outro que expressava expectativas incertas quanto ao futuro, mantendo-se no mundo do crime.

Tema A – Expectativas de um futuro desvinculado de práticas delituosas

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *A esperança que eu tenho é de quando for liberado daqui ajudar minha mãe, [...] arrumar um emprego até mesmo como gari, vigilante, vendedor de água, pipoca; melhor do que fazer coisa errada e não vender droga mais. [...] Esse 'bagulho' é sem futuro e só leva a pessoa à morte. [...] Ser motoqueiro que nem meu pai, pra trabalhar em pizzaria e em farmácia. [...] Terminar os estudos, sair daqui e arrumar um bom emprego. [...] Ser alguém na vida. [...] Pretendo trabalhar como* barman*, em hotelaria. [...] Fazer um curso de informática. [...] Queria entrar também no exército, sei que é difícil, mas vou conseguir. [...] Quero ser soldado da Marinha. [...] Continuar meu tratamento contra as drogas. [...] Meu sonho é ser um pregador; [...] quero salvar as pessoas que tão fazendo coisa ruim com os outros. [...] Meu futuro é ser um cidadão de bem, que tem sonhos, quero construir família e ter uma casa pra morar.*

Nos discursos apresentados entre aqueles que compartilhavam uma expectativa positiva de futuro, pudemos observar que esta se relaciona, principalmente, com a possibilidade de conseguir trabalho, ajudar os familiares, constituir família, ser pregador da palavra de Deus e continuar estudando.

Estudos apontam que a inserção no mercado de trabalho é considerada como a principal via de mudança de vida dos adolescentes em conflito com a lei. O trabalho, somado à afetividade de namoradas, esposas e filhos, funciona como elemento propulsor no processo de construção de um novo projeto de vida, desvinculado da prática de atos infracionais.

Destacamos nas falas desses adolescentes o desejo de obter êxito em sua vida profissional pela escolha de uma categoria profissional, de modo a estabelecer um distanciamento de situações de marginalidade. É interessante considerar que o trabalho não é apenas um modo de obter recursos financeiros para a sobrevivência e a aquisição dos bens de consumo, mas também um dos fatores primordiais para a construção da identidade.[27]

Tema B – Expectativas incertas quanto ao futuro

> **Discurso do Sujeito Coletivo:** *Eu gosto da minha vida do jeito que ela é. [...] Sei lá, onde o juiz quiser que eu vá eu vou, sou do mundo. [...] Ou ir preso, ou morrer ou ficar aleijado, porque o cara que vai roubar num sabe se vai voltar mais. [...] Eu faço assalto só de vez em quando porque eu gosto e ainda consigo coisa boa, às*

vezes eu vou vender a 'pedra', aí é melhor ainda. [...] A pessoa pede pra trabalhar pra não ficar parado e não arruma, como é que a pessoa vai mudar?

Nos discursos dos adolescentes que expressaram uma expectativa incerta de futuro, constatamos que esta se baseia, principalmente, no encantamento pela droga, no medo de morrer e nas dificuldades para mudar de vida.

O olhar desses jovens nos possibilita visualizar uma realidade vulnerável, levando-os a escolher o mundo da violência e das drogas como a melhor opção de trabalho e de futuro de vida, pois para muitos esse é o caminho mais fácil e mais rápido para a ascensão social e a obtenção de "poder".

Em relação a esses ganhos imediatos que a vida no crime possibilita aos adolescentes, alguns deles refletem sobre as consequências desse envolvimento, como pôde ser constatado nas falas. Para esses jovens, caso não consigam "sair do crime", só lhes restam dois caminhos: a prisão ou a morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou-nos conhecer a realidade dos jovens sob cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade na cidade do Recife-PE, nos seguintes cenários e situações: a vivência desses jovens no âmbito escolar, intrafamiliar, como moradores de rua, com o uso de drogas, em relação com a prática infracional e o desejo de mudanças em sua vida e expectativas de futuro.

Nessa perspectiva, entendemos que o conhecimento dos fatores que concorreram para que esses jovens se inserissem no mundo da criminalidade pode subsidiar o estabelecimento de políticas de inclusão social que possibilitem melhores condições de vida, tanto para os adolescentes quanto para seus familiares.

Os discursos evidenciaram que a desestrutura familiar, a precarização nas condições de vida, a exposição às influências nocivas do ambiente de rua, a ausência de suporte escolar de qualidade, a ausência de adultos que sejam referências positivas, a negação da vivência da etapa da infância, dentre outros, concorrem para o crescente envolvimento de jovens com atividades delituosas, elevando, assim, o número de indivíduos desse grupo etário submetidos ao cumprimento de medidas socioeducativas.

Foi revelado nos discursos a existência de uma teia de falhas e limitações que envolve a necessidade de atenção ao desenvolvimento biopsicossociocultural e espiritual do adolescente. Instituições de significativa importância no processo de acompanhamento, proteção e cuidado ao adolescente apresentaram desestruturas, como a instituição familiar e a escolar, que alicerçam os princípios fundamentais do convívio social.

O processo de exclusão foi evidenciado nos discursos envolvendo não somente restrições materiais necessárias às condições dignas de vida, mas, principalmente, carências de relações afetivas promotoras de um alicerce psiquicoemocional agregador de valores morais e aspectos éticos.

A vivência dos jovens em situação de criminalidade concorre para o desencadeamento de atitudes discriminatórias e preconceituosas pela sociedade, contribuindo para as dificuldades de estabelecer uma rede de apoio propícia a ações para a (re)inserção social desses indivíduos.

A aproximação de conhecimentos que desvelam vivências e expectativas de adolescentes infratores contribui para ampliar os olhares e sensibilizar os profissionais da saúde, da educação, do sistema judiciário, dentre outros, quanto à possibilidade de desconstruir e reconstruir entendimentos e propostas intersetoriais que alicercem a acessibilidade a serviços de excelência, agregadores de valores humanos solidários articulados aos interesses e demandas advindas desse grupo etário, de transição entre ser criança e ser adulto.

O intuito com este estudo foi provocar uma reflexão da sociedade e da comunidade científica no que tange às insuficiências do sistema, atentando para as necessárias políticas de promoção humana e inclusão social do adolescente, assim como assegurar que os princípios do ECA sejam aplicados na elaboração de projetos educativos, como também na atenção à saúde desses jovens que cumprem medida socioeducativa de semiliberdade.

Para tanto, é preciso que gestores, universidades, sociedade civil organizada e os profissionais que trabalham nas instituições voltem o olhar para esse grupo institucionalizado, de modo a construir parcerias e corresponsabilidades que venham assegurar ações e práticas disciplinares condizentes com propostas de medidas socioeducativas, criando espaços alternativos que propiciem aos jovens expressar seus sentimentos, habilidades, criatividades e potencialidades.

REFERÊNCIAS

1. Gorayeb R. O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. Psic Saúde Doenças 2002; 3(2):213-7.

2. Allen JP, Porter MR, Mcfarland FC, Marsh P. The two faces of adolescents success with peers: adolescent popularity, social adaptation and deviant behavior. Child Dev 2005 may; 76(3):747-60.

3. Martins MC, Pillon SC. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. Cad Saúde Pública. 2008 maio; 24(5):1112-20.

4. Castro ALS, Guareschi PA. Adolescentes autores de atos infracionais: processos de exclusão e formas de subjetivação. Rev Electrón Psicol Polít (Online) 2007. [Citado 2009 nov. 10]. Disponível em http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=28&layout=html&mode=preview

5. Brasil. Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 16 Jul 1990. Seção 1.

6. Tassigny MM, Nocrato S, Barros T. Medidas sócio-educativas para jovens em situação de risco: prevenção, aplicação e eficácia. Fortaleza (CE): INESP; 2007.

7. Teixeira ML Considerações Teóricas: até quando? In: Relatório final do projeto medidas sócio educativas em meio aberto. O adolescente e o futuro: nenhum a menos. Conselho Federal de Psicologia e Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília: CRP; 2005.

8. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

9. Pernambuco. Fundação de Atendimento Sócio-educativo (FUNASE). [Citado 2008 ago 01]. Disponível em: http://www.fundac.pe.gov.br/socio_atuacao.asp.

10. Fuchs AMSL. Entre o direito real e o direito legal: o desafio à efetivação da cidadania do adolescente autor de ato infracional [dissertação]. Universidade de Brasília; 2004.

11. Minayo MCS, organizador. Pesquisa Social: teoria, método, criatividade. 22ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

13. Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2005 jul./ago; 4(21):1036-44.

14. Lefevre F, Lefevre AM. C. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Livro Aberto; 2005.

15. Oliveira MB, Assis SG. Os adolescentes infratores do Rio de Janeiro e as instituições que os "ressocializam". A perpetuação do descaso. Cad Saúde Pública. 1999 out./dez; 15(4):831-44.

16. Araújo A, Rocha RL, Armond LC. O grupo de adolescentes na escola: a percepção dos participantes. REME Rev Min Enferm. 2008 abr./jun; 12(2):207-12.

17. Pereira SEFN, Sudbrack MFO. Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei. Psicol Teor Pesq. 2008 abr./jun; 24(2):151-9.

18. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica. Brasília: Secretaria da Educação Especial; 2001.

19. Gallo AE, Williams LCA. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. Cad Pesquisa. 2008 jan./abr; 38(133):41-59.

20. Gomide P. Pais presentes, pais ausentes: regras e limites. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

21. Oliveira C. Escola e delito: invenções de lugar na juventude de periferia. In: Maraschin C. organizador. Psicologia e educação: multiversos, sentidos, olhares e experiências. Porto Alegre: UFRGS; 2003.

22. Santana JP, Doninelli TM, Frosi RV, Koller SH. Os adolescentes em situação de rua e as instituições de atendimento: utilizações e reconhecimento de objetivos. Psicol Reflex Crit. 2005 jan./abr; 18(1):134-42

23. Sanchez ZVM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. Rev Saúde Pública. 2002 ago; 36(4):420-30.

24. Hill-smith AJ, Hugo P, Hughes P, Fonagy P, Hartman D. Adolescents murderers: abuse and adversity in childhood. Journal of Adolescence. 2002 apr; 25(2):221–30.

25. Priulli RMA, Moraes MS. Adolescentes em conflito com a lei. Ciênc Saúde Coletiva. 2007 set./out; 12(5):1185-95.

26. Monteiro EMLM, Brandão-neto W, Gomes IMB, Freitas RBN, Brady CL, Moraes MÚB. Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio. Rev Rene. 2009 jul./set; 10(3): 107-16.

27. Aranzedo AC, Souza L. Adolescentes autores de homicídio: vivência da privação de liberdade e planos para o futuro. Rev Electrón Psicol Polít. (En línea) 2007 dez.; 5(15):0-0. [Citado 2009 dez 02]. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-35822007000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Data de submissão: 30/6/2010
Data de aprovação: 1º/10/2010

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: DIMENSÕES APREENDIDAS NAS FALAS DE PROFESSORAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL E A ARTICULAÇÃO COM O SETOR SAÚDE

VIOLENCE AGAINST CHILDREN: ASPECTS APPREHENDED VIA THE ELEMENTARY SCHOOL TEACHERS DISCOURSE AND THE COORDINATION WITH THE HEALTHCARE SECTOR

VIOLENCIA CONTRA NIÑOS: DIMENSIONES CAPTADAS EN LAS PALABRAS DE PROFESORES DE EDUCACIÓN INFANTIL Y LA ARTICULACIÓN CON EL SECTOR DE SALUD

Marta Cocco[1]
Ethel Bastos da Silva[2]
Cristiane Moraes da Silva[3]
Alice do Carmo Jahn[4]

RESUMO

A violência contra crianças acompanha o desenvolvimento da humanidade, afetando a qualidade de vida, dadas as lesões físicas, psíquicas e morais. Apesar do crescente reconhecimento das formas de violência praticadas contra as crianças e as ações realizadas pelos setores de saúde e educação, há, ainda, uma invisibilidade desse problema. É nesse contexto que se busca, neste estudo, conhecer e analisar as concepções e ações de professoras diante da violência contra crianças em escola de Educação Infantil do município de Palmeira das Missões-RS. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, sendo sujeitos 11 professoras. Para a coleta dos dados, os quais foram analisados pela modalidade temática, utilizou-se entrevista semiestruturada. A visão da violência contra crianças é resultante de diversos fatores e o seu reconhecimento baseia-se nas marcas físicas, o que impede, muitas vezes, a visualização das diversas formas de violência e reforça sua naturalização. Outros elementos centram-se na omissão e na concepção de que a violência contra as crianças é um problema de família e a responsabilização da denúncia é da direção da escola, tornando-se entraves que dificultam o enfrentamento desse agravo. Constatou-se, também, que os profissionais de educação não reconhecem o setor saúde como integrante da rede de proteção. Nesse sentido, a criação de uma rede e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente entre o setor saúde e o da educação, são estratégias fundamentais para o enfrentamento desse grave problema contra as crianças.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Violência; Assistência à Saúde; Educação.

ABSTRACT

Violence against children follows human development. It affects the quality of life given the physical, psychological and moral lesions it inflicts. Although there is an increasing awareness of the all different forms violence against children takes and of the actions performed by the Health and Education Sectors to detect it, it is still a phenomenon largely invisible. In this context this study aims to understand and analyze the teachers' conceptions and actions when faced with violence against children in an Elementary School in the city of Palmeiras do Sul, state of Rio Grande do Sul, Brazil. It is an exploratory descriptive research with a quality approach. The study worked with 11 teachers as subjects. Data was collected using semi-structured interviews and was analyzed according to a thematic method. Perception of violence against children is a result of various factors. It is usually recognized by means of the inflicted physical injury and that sometimes hampers the process of recognizing other forms of violence and reinforces its tolerability. This kind of cruelty is generated by elements such as omission and the notion that violence against children belongs to the family realm and that it is the school's responsibility to denounce it. It has also been noticed that the professionals in Education do not recognize the Health Sector as part of the children's protection network. Such processes hinder the problem's detection and delay addressing it. In this sense, the creation of an information and protection network and the development of intersectoral actions involving the Healthcare and Education Sectors are basic strategies for facing the problem.

Key words: Children Health; Violence; Health Assistance; Education.

RESUMEN

La violencia contra los niños sigue el camino del desarrollo de la humanidad, afectando la calidad de vida debido a las lesiones físicas, psíquicas y morales. A pesar del creciente reconocimiento de las formas de violencia contra los niños y las acciones por parte de los sectores de salud y educación, aún se trata de un problema bastante invisible. Dentro de dicho contexto este estudio ha buscado conocer y analizar las concepciones y acciones de los profesores

[1] Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Professora assistente I da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões (UFSM/CESNORS).
[2] Mestre em Enfermagem. Professora assistente I da Universidade Federal de Santa Maria – *Campus* Palmeira das Missões (UFSM/CESNORS).
[3] Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – *Campus* Palmeira das Missões (UFSM/CESNORS).
[4] Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I da Universidade Federal de Santa Maria – *Campus* Palmeira das Missões (UFSM/CESNORS).
Endereço para correspondência – Av. Independência n. 3751, CP. 511, Palmeira das Missões-RS, CEP 98300-000 UFSM/CESNORS. Tel. (55)3742 8823 – Fax- (55)3742 8800. E-mail: martafwcocco@yahoo.com.br.

ante la violencia contra los niños en escuelas de educación infantil del municipio de Palmeira das Missões/RS. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con enfoque cualitativo y 11 profesores como sujetos. La recogida de datos, analizados por tema, se realizó mediante una entrevista semiestructurada. La visión de violencia contra los niños resulta de varios factores y se reconoce por las marcas físicas lo que muchas veces impide vislumbrar otras formas de violencia y refuerza su tolerancia. Otros elementos se centran en la omisión y en el concepto de que la violencia contra los niños es un problema familiar y que la dirección de la escuela tiene la responsabilidad de hacer la denuncia, lo cual torna más difícil enfrentar el problema. Se constata también que los educadores no reconocen al sector de la salud como parte de la red de protección. En ese sentido, la creación de una red y el desarrollo de acciones intersectoriales, principalmente entre los sectores salud y educación, son estrategias fundamentales para combatir esta grave ofensa a los niños.

Palabras clave: Salud de los Niños; Violencia; Atención a la Salud; Educación.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças acompanha o desenvolvimento da humanidade e instaura-se por inúmeros e variados fatores. Nessa linha, a literatura tem mostrado que essa temática tem fomentado estudos, debates e intervenções dos diferentes setores da sociedade, principalmente nas áreas da educação e da saúde. Constitui um fenômeno social complexo, que atinge a população tanto no espaço público quanto no privado, e considera-se que não ocorre um ato denominado violência, e, sim, violências, as quais se configuram como expressões da exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades precisam ser conhecidas. No campo da saúde, torna-se objeto de atuação, por ser a primeira causa de morte entre os adolescentes e crianças, a partir do primeiro ano de idade, e pelas consequências que causa na qualidade de vida, dadas as lesões físicas, psíquicas e morais.[1]

Nessa direção, neste estudo, considera-se a violência contra crianças como todo ato ou omissão que possa causar dano físico, sexual e/ou psicológico, em que a proteção desta é negligenciada, seja pelos pais, seja pelos parentes, pelas instituições e pela sociedade em geral, e em que direitos são negados.[2] Acrescente-se que esse evento é resultante de uma relação de poder que é exercida pelo adulto ou por alguém mais forte, que se apropria e domina não somente com agressões físicas, mas também com privação do direito da livre decisão. Essa desestruturação nas relações de poder anula o direito da criança, tornando-a objeto de manipulação, além de trazer à tona outros valores, como o machismo, o patriarcalismo, a inferioridade de gênero, privando-a do lar seguro e da escola como formadora.[3]

No que tange às formas de violência praticadas contra crianças, reconhece-se a física, que causa dano físico, podendo variar de lesão leve até morte; a psicológica, quando produz um padrão de comportamento destrutivo, afetando a saúde mental; a sexual, quando envolve jogo, estimulação, contato ou envolvimento em atividades sexuais, em que a criança não compreende e não consente; e a negligência, quando as necessidades básicas não são adequadamente atendidas.[4]

A violência intrafamiliar e a violência institucional são produzidas frequentemente tendo como justificativa educar e corrigir erros de comportamentos de crianças. A violência doméstica, praticada principalmente pela mãe no domicílio, torna a criança agressiva, e no ambiente público, como é o caso da escola, ela reproduz atitudes violentas apreendidas na intimidade da vida privada. Esse comportamento agressivo reproduzido pelas crianças, aliado à negligência, é reconhecido pelos educadores de escolas infantis e considerado como comportamento que mantém as crianças em situação de risco.[1,5]

Nessa perspectiva e dada a complexidade do problema violência, requer-se ações multidisciplinares em que atuem distintos profissionais dos vários setores da sociedade, saúde, ciências sociais e humanas. Nesse sentido, o trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, facilita o planejamento das ações, principalmente do setor de saúde, pois trabalha com base nas necessidades observadas e sentidas pela população nas diferentes comunidades e, ao mesmo tempo, promove a intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.[6] Com isso, as ações intersetoriais criam possibilidades de os diversos setores refletirem a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de promover estratégias que a coloquem em prática.[6]

Cabe ao setor saúde comprometer-se na articulação intersetorial, pois o objetivo é mostrar que o processo saúde-doença é resultante de vários fatores, sendo de responsabilidade de todos os setores da sociedade se reconhecerem como campo de intervenção. Desse modo, faz parte das ações do setor de saúde, nas várias esferas de decisão, convidar os outros setores a pensar na avaliação das condições de saúde e das ações propostas quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.[6]

Apesar da crescente atuação do setor de saúde na ampliação da proposta de trabalho intersetorial, ainda há desafios a enfrentar, pois evidencia-se desigualdade nas organizações dos serviços no Brasil e nos Estados, o que se explica pela atuação dos profissionais dessas áreas e pela forma como os serviços se organizam. No entanto, para lidar com essa questão, os profissionais precisam obter conhecimento da abordagem e da legislação específica, para efetuar seu papel diante de um caso suspeito ou confirmado de violência, sendo que as medidas tomadas são todas na direção da proteção da criança, prevenindo novos eventos violentos.[7]

Com a preocupação de combater a violência contra crianças, a Política Nacional de Promoção da Saúde

(PNPS), lançada pelo Ministério da Saúde em 2006, recomenda como ações específicas e prioritárias para o biênio 2006-2007 articular-se com o Ministério de Educação e Cultura (MEC) e secretarias estaduais e municipais de educação e estimular a iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar e prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.[6] Essas propostas incentivam o trabalho intersetorial entre a saúde e a educação, e, como forma de garantir uma atuação mais eficiente, o PNPS cria mecanismos para a qualificação dos atores para atuarem na promoção da saúde.

No setor de saúde, em estudos que analisam a percepção dos profissionais de saúde da rede pública diante da abordagem dos casos de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes, revela-se que há um despreparo por parte dos profissionais nessa temática que pode comprometer a identificação e os encaminhamentos com possibilidades de solução.[7-9] A revolta sentida pelos profissionais quando atendem uma criança vítima de violência e o desejo de realizar justiça com as próprias mãos geram-lhes sofrimento, impedindo-os de realizar ações mais eficazes.[9] Esses profissionais não conseguem compreender a violência no contexto em que acontece, têm dificuldade de se colocar no lugar de quem a vivencia, por isso não a reconhecem como resultado das relações intrafamiliares, que são complexas. A forma como abordam os casos de violência contra crianças revela a desarticulação entre os profissionais da equipe e também entre os diversos setores que poderiam interagir buscando estabelecer melhores condições.[10]

Na área da educação, pesquisas mostram a percepção de professoras e cuidadoras infantis sobre o reconhecimento da violência e da conduta por eles adotadas, evidenciando a naturalização e a invisibilidade desse evento, pois a influência de sua subjetividade (sensibilidade/conhecimento) e da política educacional interfere na atuação com o problema, facilitando ou dificultando a detecção e o encaminhamento dos casos de violência. Dessa forma, acredita-se que atualmente predomine a situação de subdetecção, subnotificação e dificuldade de solução.[4,11]

Nesse contexto, a escola apresenta-se como lugar privilegiado para o reconhecimento e denúncia de um problema social. No entanto, a mobilização para combater a violência é naturalizada pela banalização desta por parte da sociedade e do Estado, que valida essa concepção retirando dos cidadãos seu direito de proteção.[12] Diante dessa situação, destaque-se que as crianças e os adolescentes têm seus direitos assegurados por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069/1990. O ECA instaura direitos para todas as crianças e adolescentes, entendendo-os como sujeitos de direitos e garantindo um atendimento integral, que leva em conta as diversas necessidades desse público.

Os artigos 5º, 13, 56, 87 e 245 do ECA garantem punição quando uma criança ou adolescente for vítima de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O Conselho Tutelar deve ser comunicado em caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos. Os dirigentes dos estabelecimentos de ensino também deverão comunicar ao Conselho Tutelar quando os alunos estiverem envolvidos em maus-tratos. São garantidos serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão. Assim, segundo o ECA, os profissionais da saúde e da educação são obrigados a notificar os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes.[13]

Dessa forma, o setor educacional é o que possibilita maior contato com o universo infantil, por isso necessita procurar identificar e conhecer os maus-tratos contra crianças em nossa sociedade.[11] Nessa perspectiva, observa-se a importância de professores qualificados, que conheçam o tema, para atuar na detecção, encaminhamentos, acolhimento e prevenção. Conforme descrito, os profissionais da educação são atores importantes e responsabilizados legalmente no combate à violência contra crianças, tornando-se necessário discutir, neste estudo, a atuação dos professores diante dessa problemática e a articulação existente com o setor saúde.

Acredita-se que a articulação de ações em saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e as escolas pertencentes à área de abrangência da equipe possibilitam o desenvolvimento de trabalho intersetorial. A intersetorialidade busca superar a fragmentação das políticas ao considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade, fortalece as redes sociais de suporte a infância e possibilita a efetividade das ações e diminuição das vulnerabilidades a que essa população está exposta[14]. Portanto, ela é essencial para a realização de ações voltadas ao combate à violência contra a criança, visto que esse é um problema social complexo de saúde e de saúde pública.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) tem como parte de suas ações a identificação dos maus-tratos, a conscientização do agressor, a notificação e, principalmente, a prevenção, que pode ser realizada por meio de práticas de educação em saúde. Nesse sentido, a saúde e a educação podem articular-se e, juntas, atuar no combate à violência, pois a escola, como ambiente educacional, é o local ideal para essas intervenções.

É nesse contexto que se busca, neste estudo, conhecer e analisar as concepções e ações de professoras diante da violência contra crianças em escola de Educação Infantil do município de Palmeira das Missões-RS, a fim de fomentar o planejamento de estratégias locais e municipais para o enfrentamento dessa problemática na perspectiva da intersetorialidade.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, visto incorporar a questão do significado e a da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.[15]

A escola de Educação Infantil do município de Palmeira das Missões/RS, onde foi realizada esta pesquisa, iniciou suas atividades em maio de 1981 e, atualmente, conta com 19 professores que desenvolvem atividades educacionais com 108 crianças até 5 anos. Esse número excede a capacidade da área física da escola, que é suficiente para 70 crianças, por isso faz uso de salas emprestadas pela igreja situada próximo à escola. A escolha da escola seguiu os critérios: ser escola pública, que atendesse mais de 50 crianças e estivesse localizada em área de abrangência da ESF.

Para a seleção das participantes do estudo, foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: estar atuando na escola há mais de um ano, estar trabalhando no momento da coleta, aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A população estudada constituiu-se de onze professoras, na faixa etária de 20 a 63 anos. Quanto à formação, oito professoras possuem ensino superior, sendo seis pedagogas, uma assistente social e uma educadora física. As demais possuem curso superior incompleto, duas estão cursando pedagogia e uma cursa letras. O tempo de atuação na escola variou entre as participantes de 1 a 15 anos, sendo que apenas quatro delas atuam há mais de cinco anos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, no período de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010. Formulou-se um roteiro guia para as entrevista, dividido em duas partes; a primeira, com dados sociodemográficos e a segunda, com questões abertas referentes ao problema de pesquisa.

Os encontros para a realização da entrevista foram previamente agendados com cada professora e as entrevistas realizadas em uma sala apropriada para manter um diálogo com garantia da privacidade. As participantes do estudo receberam informações e esclarecimentos sobre a pesquisa antes de iniciá-la e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma ficou com a entrevistada e a outra, com o pesquisador. Solicitou-se, também, o consentimento para a gravação da entrevista em MP3, com a finalidade de registrar integralmente a fala do sujeito, assegurando material rico e fidedigno para a análise. Posteriormente foram transcritas na íntegra para a fase de análise do estudo. Com o intuito de preservar a identidade das entrevistadas, a cada uma foi atribuída a letra "P" e o número de forma sequencial para apresentar as falas.

Para análise dos dados optou-se pela técnica de análise de conteúdo temático, proposta por Minayo.[15] As questões norteadoras deram origem a duas categorias analíticas que visaram às concepções das professoras diante da violência contra crianças e as ações de enfrentamento postas em prática.

Os princípios éticos foram respeitados, de forma a proteger os direitos das participantes envolvidas na pesquisa, conforme determina a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.[16] O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Parecer n° 23081.014005/2009-17).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depreenderam-se das falas das entrevistadas duas categorias analíticas: Concepções das professoras acerca da violência contra as crianças: construção multifatorial e Identificação de situações violentas contra crianças, ações diante desse evento e a rede de apoio.

Concepções das professoras acerca da violência contra as crianças: construção multifatorial

Na primeira categoria analítica, resultante das concepções das professoras sobre a violência contra crianças, foram identificados dois núcleos de sentido: *construção multifatorial da violência e formas de violências reconhecidas*.

Em relação ao primeiro núcleo de sentido, *construção multifatorial da violência*, observam-se, nos elementos destacados pelos sujeitos, as coinfluências na ocorrência de eventos violentos contra crianças, como: acesso desigual às condições de vida, desemprego, pobreza, drogas e álcool, falta de planejamento familiar. Isso pode ser evidenciado nas falas que se seguem:

> *Só que tem os pais que vivem numa família totalmente desorganizada, bebem, se drogam e simplesmente não estão nem aí pros filhos. Ah, às vezes, ainda colocam nos filhos a culpa dos problemas deles, e isso gera violência.* (P4)

> *A sociedade, do modo que está organizada, favorece isso, porque se a pessoa já não tem emprego, não tem as coisas, de repente a criança quer pedir algum brinquedo, alguma coisa, o pai vai lá e bate na criança ou a mãe*? (P10)

Nessas falas, pode-se evidenciar que o acesso desigual às condições de vida aparece como fator determinante na ocorrência de casos de violência. A frustração, como também o sentido de raiva, acaba, muitas vezes, provocando no indivíduo que está submetido a condições precárias de vida, como desemprego e baixa renda, práticas abusivas e agressões à família.[17] Embora a pobreza seja um dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos violentos, é preciso ter cuidado para que esta não justifique tais atos, simplificando o problema e fazendo com que rotulações e estereótipos recaiam sobre os pobres.

Também foi mencionada pelas participantes a relação da droga/álcool com situações de violência, principalmente, no espaço doméstico. Nesse sentido, saliente-se que as drogas podem ser consideradas causa e consequência da violência contra as crianças, pois os pais que fazem uso de substâncias psicoativas têm mais facilidade de cometer abusos físicos, sexuais e negligências. Por outro lado, as crianças abandonadas pelos pais têm mais probabilidade de desenvolver

problemas de dependência química. As drogas também podem ocasionar violência entre os grupos que estão diretamente envolvidos na sua comercialização, e mesmo outras pessoas da sociedade alheias a esse comércio podem ser vítimas de indivíduos sob efeitos dessas substâncias.[18,8]

A relação existente entre a violência e o uso de álcool e drogas foi referida também em outros estudos que corroboram os achados desta pesquisa.[18,8] Nesses estudos, destaca-se que o consumo elevado de álcool e drogas "pode" estar associado a situações de violência física, sexual e negligência contra as crianças, porém não há estudos conclusivos dessa relação, necessitando de aprofundamentos.

As famílias, quando estruturadas, podem oferecer à criança um suporte emocional e social, no entanto, quando em fase de desestruturação ou de crise, não conseguem estabelecer relações respeitosas com comportamentos responsáveis para com o grupo familiar, em especial com a criança. Saliente-se que a família estruturada tende a contribuir para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, determinando sua posição no futuro.[5]

Nessa direção, reconhecer que muitas famílias precisam de apoio pode dar início ao um trabalho a ser efetuado por educadores. Sugere-se que este seja realizado na proposta pedagógica institucional, mediante a aproximação com os pais ou responsáveis para encontrar caminhos que levem à solução de problemas no setor de educação. Dessa forma, essa proposta possibilita a melhora da qualidade da assistência à criança na escola, pois não se pode separar a criança da relação familiar, e essa articulação dá maior visibilidade aos possíveis problemas vivenciados pelo grupo familiar.[5]

Outro elemento referido pelas participantes direciona-se à falta de informação ou acesso a métodos contraceptivos eficazes de planejamento familiar, o que pode resultar numa gravidez indesejada, aumentando as chances de a criança sofrer atos violentos, como também prejudicar seu desenvolvimento, pois esse ambiente sem amor e limites, em famílias desestruturadas, facilita e permite que o ciclo da violência se perpetue. Saliente-se que gestação não desejada é fator de risco para a violência.[19]

As questões socioeconômicas, o desemprego, o planejamento familiar inadequado e o uso de álcool e drogas constituem a visão da violência contra as crianças das entrevistadas numa perspectiva multifatorial, o que corrobora os achados de outros estudos.[8,10]

No segundo núcleo de sentido, *formas de violências reconhecidas,* incluem-se as diversas formas de violências evidenciadas nas falas das entrevistadas. Pode-se identificar que a ênfase maior centrou-se nas agressões físicas, embora tenham mencionado outras formas de violências, como a negligência e o abandono, a violência psicológica e o abuso sexual. A criança agressiva está presente no ambiente das escolas e reproduz o comportamento da intimidade da família.[5]

> *O gurizinho queria dar socos nos colegas e a gente chamou ele, e ele foi e disse assim: 'Ah, mas o meu pai da soco na minha irmã!'* (P10)

> *Tem pais, às vezes, que batem excessivamente, que vão corrigir e batem demais, excede!* (P5)

A violência física, como descrito nas falas acima, foi citada por nove professoras, constituindo a principal forma de violência contra as crianças reconhecida pelos sujeitos da pesquisa. Em outros estudos realizados, esse também foi o evento mais comum. A explicação para esse fato, provavelmente, é a utilização da punição corporal culturalmente aceita como instrumento de educação dos filhos, por ser facilmente visualizada e por deixar marcas físicas.[5,19,20]

Pensar a punição física como norma educativa durante o crescimento e o desenvolvimento infantil, geralmente, é algo totalmente dissociado do uso da agressão física na vida em sociedade. É preciso questionar sobre como se estabelece a consciência de uma pessoa que emprega força física, e não o diálogo para a solução de conflitos.[1]

A utilização da força física como medida educativa pode ser justificada por apresentar resultados imediatos. Os pais a utilizam para impor limites, ou ainda como maneira de garantir o poder absoluto sobre as atitudes dos filhos. Trata-se de uma estratégia de força coercitiva, em que a criança controla seu comportamento em razão das reações punitivas dos pais. Tal estratégia pode causar nos pais sentimentos conflitantes desencadeados pelas sequelas emocionais e físicas produzidas nas crianças.[19,21]

Também é comum os pais baterem nos filhos como forma de alívio de suas frustrações.[22] Na agressão física, a criança é facilmente convencida de que essa atitude é para torná-la uma pessoa melhor. Isso é nítido nas relações de poder entre pais e filhos em que o pai é o dominador e o filho, o dominado. No entanto, a família contemporânea tem questionado o poder do pai, pois o Estado, com intervenções de proteção à criança por meio da ação do Conselho Tutelar, tem o poder de regular a violência doméstica sobre os filhos. De posse dessas informações, os filhos podem limitar as ações violentas dos pais.[21] Além disso, saliente-se que a agressão física como método educativo é ineficaz, pois enfoca somente o erro; a criança não compreende as implicações de suas ações e não desenvolve a motivação intrínseca para agir de outra forma, a não ser para evitar a punição.[23] A comunicação, a manutenção da afetividade e a retirada de privilégios são estratégias destacadas por pais que não desejam utilizar a agressão como forma de educar.[21]

Nessa perspectiva, saliente-se que a maioria das entrevistadas reconhece que a violência contra as crianças repercute no ambiente escolar, na aprendizagem, na socialização e na reprodução de atos violentos. O comportamento agressivo, aprendido por uma criança abusada, tende a ser reproduzido ao longo de sua vida, causando impactos intergeracionais.[8]

O castigo físico ainda continua no imaginário social como uma solução lícita e correta para a educação dos filhos, o que pode ser considerado tema de debate nas áreas da saúde, da educação e da justiça com vista à construção de ações que enfraqueçam o uso da violência para fins educativos.[1]

As professoras reconhecem, também, a negligência como forma de violência praticada contra crianças. A negligência é caracterizada como a omissão dos cuidados básicos com a criança relacionados ao seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é a forma mais grave de negligência.[5] Para as entrevistadas, as condições sociais, como mencionado, interferem na produção da violência contra as crianças, porém, quando mencionam a negligência, enfatizam as situações de falta de suporte emocional e afetivo da família. A negligência aparece com frequência na vida de crianças na faixa etária até 6 anos de idade e de classe social miserável, sendo necessário distinguir a deficiência de condições para suprir as necessidades da criança e a falta de cuidados dos pais para com os filhos. Os educadores, em sua maioria, conseguem compreender a diferença dada a proximidade e o vínculo criados pela convivência diária com as famílias.[5]

> *Porque hoje em dia os pais têm muito descaso com os filhos. Os pais não se preocupam mais com os filhos [...] porque está faltando suporte em casa, faltando carinho e atenção*. (P5)

> *Há vários tipos de agressão que não deixam marcas no corpo, mas deixam na mente [...]. Brigar na frente dos filhos é uma atitude ruim porque, às vezes, a criança presencia atos de pai agredir, de pai brigar com as mães, e isso vai, vai ficando refletido nele, então a criança sofre.* (P8)

Associada à negligência, pode-se evidenciar, na fala de P8, a repercussão psicológica que os atos violentos, como também o presenciar esses eventos podem causar. Esse enfoque refere-se à violência psicológica como toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança. A violência psicológica é uma das formas mais difíceis de ser identificada, por não produzir evidências imediatas, porém, muitas vezes, está associada a distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual e social. Além disso, um ambiente de dominação e humilhante pode potencializar sintomas de agressividade, passividade, hiperatividade, depressão e de baixa autoestima.[1]

Chama a atenção, neste estudo, que nas entrevistas a violência sexual contra crianças foi referida poucas vezes e com base nos acontecimentos midiáticos. Isso pode ser justificado pelo forte tabu que envolve esse tipo de violência, pela atitude de evitamento em relação ao tema, como também pelo medo de envolvimento legal, que acaba reforçando a invisibilidade dessa forma de violência. Saliente-se que o abuso sexual é considerado crime, seja praticado por desconhecido, seja por familiares.[1]

Alguns educadores têm dificuldade de lidar com crianças vítimas de violência sexual intrafamiliar e apontam como causas o desconhecimento dos sinais, e quando identificam não sabem o que fazer para proteger a criança do agressor. Além disso, também manifestam dificuldades em denunciar, por medo de ameaças dos agressores e da exposição da criança. Essa situação pode estar relacionada à formação do educador.[24]

Destaque-se que todas as professoras entrevistadas possuem algum conhecimento sobre a violência contra as crianças e apontam a mídia como a principal disseminadora dessa temática, principalmente os telejornais. Reconhece-se a mídia como forte veículo de informação sobre violência e desencadeador de reflexões, porém ela apresenta os casos de violência ao extremo, o que facilita a banalização de casos de violência verbal, psicológica e negligência, que não deixam marcas visíveis.

Campanhas de informações, veiculadas na mídia sobre violência contribuem para a visibilidade do problema, contudo há necessidade de sistematização do atendimento às vítimas para erradicar as situações de risco. A violência veiculada nos meios de comunicação tende a ser justificada pelo mundo em que se vive e pelas relações do cotidiano, fazendo com que esse fenômeno se torne natural das relações humanas.[24]

Identificação de situações violentas contra crianças, ações diante desse evento e a rede de apoio

A segunda categoria analítica centra-se em três núcleos de sentido: *reconhecendo situações de violência contra crianças, ações diante do reconhecido* e *rede de apoio: em foco o setor saúde*. Quando questionadas sobre o reconhecimento de casos de violência, seis professoras relataram já a terem identificado, como expressa a fala abaixo:

> *A gente acha que a mãe bate nela, assim pelo tom de voz que ela usa, [...] quando ela larga, quando ela pega a menina, as palavras que ela usa com a menina. [...] Já pegou a menina braba, já meio soqueia a menina na frente da gente, sabe? A menina é tímida, muito retraída, ela é mais atrasada na sala de aula, ela já fez 1ano e agora que ela vai pro chão, ela não ia, ela não queria*. (P5)

Com base nesse relato, reforça-se o que foi descrito, evidenciando que a forma mais reconhecida por parte das professoras centra-se na violência física e psicológica contra as crianças. O não reconhecimento das outras formas de violência pode dever-se à dificuldade que esses profissionais têm em identificar esses casos, ou, muitas vezes, não "enxergá-los", com medo de envolver-se em situações do contexto privado, ou seja, espaço do domicílio. Com isso, reforça-se a falta de qualificação e instrumentalização desses profissionais para reconhecerem e adotarem medidas de enfrentamento desse tipo de agravo.[25]

Cabe salientar que os casos reconhecidos e relatados pelas seis participantes referem-se, na sua maioria, a

ocorrências de outras escolas; apenas uma disse que havia identificado caso na escola pesquisada. Para as educadoras, o fato de a população atendida nesse local possuir um nível socioeconômico melhor, justifica a "ausência" de casos de violência contra esse grupo. Sabe-se que baixo nível socioeconômico, pais jovens, pais separados, baixo nível de escolaridade dos pais, gestações não planejadas e indesejadas podem facilitar a ocorrência da violência doméstica,[19] embora não sejam determinantes.

Assim, recomenda-se, também, identificar as famílias de risco. Identificar os fatores que tornam os pais prováveis agressores possibilita a tomada de medidas de intervenção que possam, quem sabe, prevenir que o evento se estabeleça. A violência cometida contra crianças e adolescentes está presente em qualquer categoria socioeconômica, independentemente de raça, credo e cultura.[17]

No segundo núcleo de sentido, *ações diante do reconhecido*, inclui-se a denúncia (Conselho Tutelar ou Promotoria) e a omissão (medo; problema de família). Quando questionadas sobre as ações desenvolvidas, a maioria das entrevistadas relatou que não tinham se deparado com situação desse tipo, por isso não realizaram nenhuma estratégia de enfrentamento. Porém, reconhecem que a denúncia ao Conselho Tutelar é uma das ações que vem ser tomadas, no entanto reforçam em suas falas que a direção da escola é responsável por efetuar essa denúncia. Conforme o artigo 245 do ECA, a responsabilidade de realizar a denúncia não é apenas do diretor da escola, é também dos professores, dos médicos e responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde. Ao mesmo tempo, determina que a denúncia seja feita em casos confirmados ou não de violência contra a criança.[13]

Nesse sentido, a omissão ou a invisibilidade diante dos casos de violência contra as crianças fica claro, dado o medo que esses profissionais têm de sofrer represálias, por acreditarem que este é um assunto de família e pela naturalização/banalização desta temática.[17,10] Também pode estar associada à falta de conhecimento desses profissionais para identificar a criança que está sendo vitimada[9, 25]:

> *Porque é uma coisa bem complicada a gente não pode se envolver com isso. Até já houve caso em que uma professora se envolveu e denunciou, e os pais chegaram a ameaçar ela de morte. Ela denunciou um caso de estupro e o pai ameaçou ela de morte. Ela foi ameaçada!* (P4)

Observou-se que o discurso das entrevistadas, no que se refere às ações diante de situações de violência contra a criança, é marcado pela presença de concepções calcadas nos direitos da criança, conforme estabelecido no ECA (denunciar), porém as descrições sugerem que as atitudes não acompanham o ideário, afinando-se mais de perto a concepção de que a violência contra a criança é um problema de família e que a criança é propriedade dos pais: *Só se tu for louco pra enfrentar a família. [...] Tu não vai resolver, eu não vou resolver o problema*. (P4)

A definição da violência como problema de família, de um espaço privado, pode estar mascarando a dificuldade que os profissionais têm de lidar com situações de violência, pois estas geram ansiedade, aliada ao fato de não acreditarem na resolutividade do problema. O medo de represálias é apontado como motivo da baixa participação da escola na notificação de casos de violência. Além disso, esses eventos causam sofrimento e medo nos profissionais e, ao mesmo tempo, os tornam impotentes, em face da complexidade da situação.[5]

A não visualização da violência contra as crianças como um problema a ser enfrentado parece estar arraigado nas relações de poder, no entendimento dos sujeitos do estudo, que é natural, portanto, que os pais castiguem seus filhos.[19] Dessa maneira, reforça-se ainda mais a naturalização e banalização desse problema, e com isso paralisa as ações e estratégias de "combate" a esses eventos.

No último núcleo de sentido, *rede de apoio: em foco o setor saúde*, as professoras reconhecem o Conselho Tutelar e a Promotoria como órgãos que compõem a rede de combate à violência contra as crianças. No entanto, quando se questionou como esses profissionais visualizam a violência contra as crianças como problema de saúde, identificou-se que a maioria das entrevistadas não reconhece o setor saúde como componente importante e necessário dessa rede, apenas referem que a esse direciona-se o tratar das lesões resultantes dos atos violentos.

Nessa perspectiva, menciona-se a necessidade de reconhecimento da saúde como parte da rede não apenas para tratar as lesões físicas resultantes dos atos violentos, mas como atuante na implementação da garantia dos direitos. Com o desenvolvimento de ações preventivas, é possível impedir a violência mediante o fortalecimento dos sujeitos vulneráveis, mudança nas relações de poder, formação de equipes que discutam esta problemática, articulação e mobilização social para formação e execução de políticas públicas que combatam a violência.[7]

A importância do setor saúde se dá pela possibilidade de detectar precocemente eventos violentos e acolher as pessoas vitimizadas antes que ocorra o agravamento da situação.[13] Refletir sobre os fatores que influenciam a ocorrência da violência intrafamiliar com vista à elaboração de programas de prevenção que gerem uma consciência coletiva pode ser uma estratégia adotada pelo setor saúde e educação.[20] Outras medidas devem ser tomadas, como o tratamento da vítima e agressor e todos os membros da família e o ambiente em que a violência acontece.[1]

Nessa direção, a escola situada no território adscrito da ESF integra espaço de cuidado no qual são desenvolvidas atividades de prevenção e promoção da saúde. Destaque-se que os profissionais mais atuantes nesse espaço de cuidado são os enfermeiros, uma vez que possibilitam a realização de um trabalho intersetorial, como também fortalecem a rede de enfrentamento

a todas as formas de violência contra as crianças. O trabalho intersetorial é um instrumento poderoso na prevenção e no combate à violência, daí a importância do setor de saúde como promotor e mediador de ações cujo impacto possa vir a contribuir de forma importante para a atenuação desse evento.

Essa proximidade do profissional enfermeiro e equipe de saúde com professores constitui elemento facilitador do reconhecimento do contexto social de cada criança. Isso promove o planejamento de condutas que visam orientar e educar para a saúde, sendo fundamental na discussão da assistência à criança que sofreu algum tipo de violência e na criação de uma rede de combate e proteção.

Nesse contexto, todos os profissionais que trabalham com crianças, sejam enfermeiros, sejam médicos, assistentes sociais, professores, cuidadores, dentre outros, são corresponsáveis e devem estar preparados para suspeitar e identificar situações de maus-tratos contra esse público, como também construir estratégias de enfrentamento que possam auxiliar na prevenção da violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando este estudo, reafirma-se que o cenário da violência contra as crianças começa, muitas vezes, na casa da criança, passa pela escola e suas redondezas, pela comunidade e por outras instituições. Além de marcas físicas, deixa sequelas emocionais que podem comprometer de forma permanente esse grupo populacional, prejudicando o aprendizado, as relações sociais e o pleno desenvolvimento. Com isso, faz-se necessário o envolvimento de todos no combate a esse tipo de violência, rompendo as barreiras do preconceito, da discriminação e da naturalização desses eventos.

Destaque-se que a visão da violência contra crianças, construída, neste estudo, segundo a perspectiva das professoras de escola infantil, é resultante de diversos fatores e seu reconhecimento é feito pelas marcas físicas, o que impede, muitas vezes, a visualização das diversas formas de violência e sua naturalização. Outros elementos centram-se na omissão e na concepção de que a violência contra as crianças é um problema de família e a responsabilização da denúncia é da direção da escola. Esses elementos são entraves existentes que dificultam o enfrentamento da violência contra as crianças.

Com isso, evidencia-se a necessidade de estruturar estratégias de capacitação aos professores, a fim de fornecer-lhes subsídios para que possam reconhecer os sinais da violência e consigam lidar com o problema de maneira eficaz, como também conhecer as leis e os órgãos competentes, estabelecendo parcerias e buscando desenvolver trabalho em rede intersetorial.

As intervenções eficazes no combate à violência contra as crianças devem priorizar o trabalho intersetorial com ações pautadas na prevenção e na instituição de redes de apoio, da qual fazem parte a família e os diferentes segmentos, como educação, saúde, Poder Judiciário, Conselho Tutelar e organizações que tenham os mesmos objetivos: garantir os direitos da criança mediante o enfrentamento da violência, pois proteger a criança agredida atualmente é também prevenir novas agressões no futuro.

Nesse sentido, o trabalho intersetorial e a articulação em redes de atenção constituem ferramentas para garantir a proteção integral das crianças. Os profissionais que atuam em vários setores, tais como saúde, educação, assistência social, justiça, têm a responsabilidade e o compromisso de atuar na busca de soluções tão prementes como é a da violência sofrida pelas crianças e adolescentes. Diante disso, esses profissionais são atores essenciais para assegurar e viabilizar a integração entre os serviços, tornando mais efetivas as ações de enfrentamento dessa problemática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

2. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2001; 1(3):105-12.

3. Faleiros VP. A construção de indicadores: a crítica do poder da desigualdade e do imaginário. In: Leal MFP, César MA, organizador. Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Brasília: CECRIA; 1998.

4. Gomes VLO, Fonseca AD. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. Texto & Contexto Enferm. 2005; 14(Esp.):32-7.

5. Santos LES, Ferriani MGC. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5):524-9.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

7. Oliveira, BRG, Thomazine AM, Bittar, DB, Santos FL, Silva, LMP Santos, RLR, Silva, MAI Carvalho MGB. A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. REME Rev Min Enferm. 2008;12(4):547-56.

8. Gebara CFP, Lourenço LM. Crenças de profissionais da saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. Psicol Pesquisa UFJF. 2008; 2(1):27-39.

9. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado à criança vítima de violência sexual. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(1):143-50.

10. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Rev Latinoam Enferm. 2008. [Citado 2010 maio 10]. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/rlae

11. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR.Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2):337-48.

12. Oliveira ECS, Martins STF. Violência, sociedade e escola: da recusa do diálogo à falência da palavra. Psicol Soc. 2007; 19(1):90-8.

13. Brasil**.** Estatuto da Criança e do Adolescente**.** Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Brasília: Senado Federal; 1990.

14. Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. 2009; 3(3):44-55.

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 269p

16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasilia: Ministério da Saúde; 1996.

17. Zottis GAH, Algeri S, Portella VCC. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. Fam Saúde Desenv. 2006; 8(2):146-53.

18. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(2):51-5.

19. Carmo CJ, Harada MJ. Violência física como prática educativa. Rev Latinoam Enferm. 2006. [Citado 2010 maio 16]. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/rlae.

20. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(1):113-21.

21. Ribeiro EM, Eckert ER, Souza AIJ, Silva AMF. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3):277-83.

22. Donoso MTV, Ricas J. Perspectivas dos pais sobre educação e castigo físico. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1):78-84.

23. Oliveira TTSS, Caldana RHL. Educar é punir? Concepções e práticas educativas de pais agressores. Estudos e pesquisas em psicologia UERJ [on line]. 2009. [Citado 2010 abr. 10]. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br

24. Magalhães N. Significados de violência em abordagens da mensagem televisiva. Porto Alegre: Sociologias; 2009.

25. Barbosa VRA, Freitas CSC. Atuação em creche comunitária frente aos impactos da violência sexual intrafamiliar contra crianças. VII Congresso Nacional de Educação EDUCERE. III Congresso Ibero-Americano sobre Violência Nas Escolas. CIAVE Formação de Professores. 2008. [Citado 2009 dez. 10]. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/comunicacoes.html

Data de submissão: 17/9/2010
Data de aprovação: 15/10/2010

FATORES RELACIONADOS À SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

FACTORS RELATED TO PREMENSTRUAL SYNDROME IN NURSING STUDENTS

FACTORES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Lia Wládia da Silva Sousa[1]
Ana Kelve Castro Damasceno[2]
Emeline Moura Lopes[3]
Priscila de Souza Aquino[4]

RESUMO

A síndrome pré-menstrual (SPM) consiste na presença de um ou mais sintomas durante a fase lútea do ciclo menstrual, que desaparecem após o início da menstruação. Envolve sintomas físicos e psíquicos e é bastante presente entre as mulheres. Desenvolveu-se um estudo descritivo com o objetivo de identificar os sintomas de SPM mais presentes entre acadêmicas de enfermagem e os fatores associados a ela. A amostra constituiu-se de 226 estudantes, que preencheram um questionário estruturado no mês de abril de 2008. Os resultados mostraram a presença de SPM em 211 (93,4%) das alunas e que fatores como sedentarismo e falta de controle do sal na dieta são bem presentes entre elas, podendo agravar alguns sintomas. A sintomatologia mais presente foi irritabilidade, 156 (73,9%), seguida de mastalgia, 144 (68,2%), cefaleia, 99 (46,9%) e fadiga, 86 (40,8%). Percebeu-se, também, a não diferenciação da SPM, pois 59 (26%) referiram ter a síndrome sem o desaparecimento dos sintomas com o início do fluxo menstrual. Concluiu-se que, embora a SPM seja bastante presente entre as mulheres da atualidade, a falta de informações ainda é presente, o que instiga ações de difusão dessa temática, principalmente tratando-se de futuras profissionais de saúde.

Palavras chave: Ciclo Menstrual; Síndrome Pré-Menstrual; Estudantes de Enfermagem.

ABSTRACT

The premenstrual syndrome (PMS) is a group of one or more symptoms that appear during the luteal phase of the menstrual cycle and disappear after the onset of menstruation. It involves physical and psychological symptoms and is quite present among women. A descriptive study has been developed that aims to identify the PMS symptoms present among nursing students and the factors associated with it. 226 students completed a structured questionnaire in April 2008. The result indicated the occurrence of PMS in 93% of the students and factors such a sedentary lifestyle and a salty diet may aggravate some symptoms. The prevailing symptoms were irritability (69%), followed by breast tenderness (63.7%), headache (43.8%) and fatigue (38.1%). It has been observed that some women do not differentiate the PMS symptoms as 26% of them reported having the syndrome, but that its symptoms did not disappear with the onset of menses. We conclude that while PMS is common among today's women, the lack of information still exists so actions that help to spread more information on the theme are needed especially in the case of future health professionals.

Key words: Menstrual Cycle; Premenstrual Syndrome; Students; Nursing.

RESUMEN

El síndrome premenstrual (SPM) consiste en la presencia de uno o más síntomas durante la fase lútea del ciclo menstrual, síntomas que desaparecen cuando comienza la menstruación. Se trata de síntomas físicos y psíquicos muy frecuentes entre las mujeres. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con el objeto de identificar los síntomas del SPM más comunes entre las alumnas de enfermería y sus factores asociados. La muestra consistió en 226 estudiantes que en abril de 2008 completaron un cuestionario estructurado. Los resultados mostraron presencia de SPM en 93% de las estudiantes y que algunos factores como la inactividad y la falta de control de la sal en la dieta pueden exacerbar algunos síntomas. Los síntomas más frecuentes fueron irritabilidad (69%), dolor en los senos (63,7%), cefalea (43,8%) y fatiga (38,1%). Además, no notan la diferencia cuando están con SPM porque 26% relataron que los síntomas del síndrome no desaparecen con el flujo menstrual. Se llegó a la conclusión de que, si bien el SPM es muy frecuente entre las mujeres, aún hay bastante falta de información lo cual sugiere acciones que fomenten la difusión de este asunto, especialmente tratándose de futuras profesionales de salud.

Palabras clave: Ciclo Menstrual; Síndrome Premenstrual; Estudiantes de Enfermería.

[1] Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
[2] Professora adjunta I da UFC. Colaboradora do PET-Enfermagem-UFC.
[3] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFC.
[4] Enfermeira obstétrica. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Bolsista CAPES-REUNI.
Endereço para correspondência – Rua Cruzeiro do Sul, 221, altos, bairro Carlito Pamplona, CEP 60335-190. E-mail: priscilapetenf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Durante grande parte do ciclo vital, as mulheres passam por várias fases que se relacionam à procriação. O início se dá com a menarca, passando pela gestação, parto e terminando com a menopausa, a qual finda com a menacma. Há ainda outras fases que estão relacionadas ao ciclo menstrual durante a idade fértil. O processo relacionado a esse ciclo pode ser bastante difícil para algumas mulheres, principalmente para as que sofrem com a síndrome pré-menstrual (SPM).

As primeiras referências à SPM datam da época de Hipócrates, que descreveu o aparecimento de cefaleia e agitação no período que antecede a menstruação.[1] Entre 1759 e 1840, encontram-se referências que relacionam a psicopatologia à menstruação, citando sintomas como obsessão, ninfomania e depressão.[2]

A SPM pode ser definida como a ocorrência de um conjunto de alterações físicas, de humor, cognitivas e comportamentais, de caráter repetitivo, com a presença de queixas de desconforto, irritabilidade, depressão ou fadiga, geralmente acompanhadas de sensação de intumescimento e dor nos seios, abdome, extremidades, além de cefaleia e compulsão por alimentos ricos em carboidratos, acrescidos ou não de distúrbios autonômicos. Esses sintomas têm início em torno de duas semanas antes da menstruação e alívio rápido após o início do fluxo menstrual.[3]

Alguns pesquisadores associam a SPM à ciclicidade ovariana normal, outros a relacionam com a ação de hormônios variados. Acredita-se que ela seja decorrente de interações ainda não compreendidas, entre esteroides sexuais, peptídeos opioides endógenos, neurotransmissores centrais, prostaglandinas e sistemas autonômicos periféricos e endócrinos.[4] Também foi associada à deficiência de vitamina B6 e excesso de prolactina.[5]

A dificuldade de definição da síndrome acarreta discrepâncias dos dados epidemiológicos. Acredita-se que 75% das mulheres apresentem alguns sintomas relacionados à síndrome. Para alguns estudiosos, 20% a 40% das mulheres padecem de SPM e de 3% a 8% apresentam sintomas graves a ponto de intervir negativamente em várias áreas da vida.[4]

A maior preocupação quanto a SPM gira em torno da interferência que ela traz ao cotidiano, pois seus sintomas podem influenciar os relacionamentos interpessoais, o que causa um desgaste transitório na vida social, torna a portadora mais vulnerável a acidentes e interfere no rendimento acadêmico e profissional.[6]

Não há consenso quanto à influência de fatores ambientais na ocorrência da SPM. O estilo de vida influencia na prevalência da síndrome.[7] Não há essa correlação com a etiopatogenia, mas, sim, com o agravamento dos sintomas.[8] As mulheres possuem uma predisposição genética e determinadas interações podem predispor a SPM.[7] São traços da personalidade que ficam mais evidentes após algum estímulo desencadeante.[9]

O diagnóstico da SPM baseia-se exclusivamente no quadro clínico. Em virtude de a etiologia da SPM ainda não ser conhecida, são necessários métodos diagnósticos mais precisos. O diagnóstico da SPM é, portanto, feito por um diário de sintomas durante dois ou três ciclos consecutivos e por eliminação de outras possíveis causas identificáveis, responsáveis pelo quadro clínico relatado, como depressão, ansiedade e psicoses.[5]

Quanto ao tratamento, este deve ser individualizado e deve ocorrer em diferentes níveis, de acordo com a necessidade da cliente. É importante, primeiramente, a portadora entender o que se passa. Algumas orientações gerais podem minimizar ou até mesmo eliminar os sintomas,e isso geralmente ocorre nos casos mais leves de SPM. Essas orientações são quanto à realização de atividade física, relaxamento e alimentação.[1]

As mudanças no hábito alimentar são bastante indicadas. As pacientes são estimuladas a evitar alimentos muito salgados ou exageradamente doces, o que ajuda na diminuição da retenção hídrica. Bebidas à base de cafeína e cola devem ser evitadas, por serem estimulantes.[4]

A utilização de contraceptivos orais interrompe a ciclicidade ovariana normal e também pode ser considerada uma opção terapêutica. Nos últimos anos, vem aumentando a utilização de antidepressivos como outra opção medicamentosa, como os inibidores da recaptação da serotonina.[4]

Apesar dos trabalhos existentes sobre essa temática, ainda são necessários alguns esclarecimentos a respeito dessa síndrome, tão comum entre as mulheres. Assim, sabendo da necessidade de conhecimento dos fatores que agravam esses sintomas e tendo em vista que os profissionais de saúde dispensam pouca atenção a esse tema, decidiu-se realizar o presente estudo, com os objetivos de identificar os sintomas de SPM presentes entre acadêmicas de enfermagem e os fatores de risco associados a ela. Uma vez que o curso de enfermagem constituído por uma população majoritariamente feminina, abordamos essa temática com as acadêmicas de enfermagem a fim de estimulá-las a aprender cada vez mais sobre essa síndrome.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem por finalidade delinear as características de um fenômeno ou de uma população, assim como tomar conhecimento de determinado comportamento. Já esse tipo de abordagem pressupõe uma investigação de procedimentos empíricos, utilizando um controle estatístico dos dados com a finalidade de definir e medir variáveis e de comprovar hipóteses.[10]

A pesquisa foi realizada no período de março a junho de 2008, no departamento do curso de enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). A população estudada foi composta de acadêmicas do curso de graduação matriculadas do 1º ao 9º semestre. Atualmente,

esse curso é formado por 353 estudantes, sendo que, desses, 318 são do sexo feminino. Utilizando a fórmula para população finita, foram alcançados 174 sujeitos, adotando-se o intervalo de confiança de 95%, o nível de significância de 0,05 (erro amostral) e a prevalência prevista de 50% para os casos de alunas matriculadas. Para abranger, porém, o maior número de estudantes dos diversos semestre do curso, o questionário, que constou de questões objetivas e subjetivas abordando dados pessoais, ginecológicos e hábitos de vida, como alimentação e atividade física, foi aplicado a 226 alunas. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: ser do sexo feminino sobre o qual se centrava o objetivo do estudo e estar regularmente matriculado entre o 1º e o 9º semestre.

Os dados foram armazenados e analisados pelo Software Statistical Package for the Social Sciences 11.0 (SPSS) para armazenar e codificar os dados. Os resultados foram fundamentados com a literatura pertinente. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, sob o Protocolo nº 50/08, e seguiu a Resolução nº 196/96, que versa sobre pesquisa com seres humanos, com a assinatura, pelas participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.[11]

RESULTADOS

Caracterização das participantes do estudo

Os dados que caracterizam as participantes do estudo também foram investigados neste estudo. O intervalo de idade mais prevalente foi de 20 a 22 anos (109 – 48,3%), seguido do intervalo de 23 a 25 (51 – 22,5%) e 17 a 19 (50 – 22,2%). A variância da idade foi de 17 a 36 anos. Os semestres dos participantes tiveram distribuição uniforme entre eles. A média do semestre ficou em torno de 4,7, ou seja, pouco mais da metade do curso. Ressalte-se que 113 (50%) estavam nos dois primeiros anos do curso, não tendo ainda cursado a disciplina Saúde da Mulher. Quanto ao estado civil das participantes, 207 (91,6%) eram solteiras e 14 (6,2%), casadas. Das entrevistadas, apenas 22 (9,7%) exerciam atividade laboral fora de casa.

As informações referentes aos dados ginecológicos das participantes foram agrupadas na TAB. 1.

Quando indagadas sobre a presença de SPM, esta foi referida por 211 (93,4%) participantes. Com relação às usuárias de métodos contraceptivos, 91 (40,3%), observou-se que 41 (45%) relataram que houve melhora dos sintomas, 32 (35,2%) não sentiram mudanças e em 10 (11%) os sintomas se agravaram.

A sintomatologia associada à síndrome pode apresentar características diversas, estando explícitas na TAB. 2. Vale ressaltar que algumas participantes referiram mais que um sintoma.

TABELA 1 – Distribuição das variáveis ginecológicas de acadêmicas de enfermagem da UFC – Fortaleza – mar./jun. 2008

Variáveis ginecológicas (n=226)	N	%
Menarca (anos)		
Entre 8 e 10	13	5,7
Entre 11 e 13	195	86,3
Acima de 14	17	7,5
Ignorado	01	0,4
Paridade		
Nenhum	217	96
1 a 2 filhos	8	3,5
3 ou mais filhos	1	0,4
Ciclo menstrual		
Regular	169	74,8
Irregular	56	24,8
Ignorado	01	0,4
Uso de contraceptivo oral		
Sim	91	40,3
Não	135	59,7

TABELA 2 – Distribuição dos sintomas de SPM referidos pelas acadêmicas participantes do estudo – Fortaleza – mar./jun. 2008

Sintomas de SPM (n=211)	N	%
Irritabilidade	156	73,9
Mastalgia	144	68,2
Cefaleia	99	46,9
Fadiga	86	40,8
Ansiedade	85	40,3
Depressão	73	34,6
Diminuição da concentração	70	33,2
Dificuldade de relacionamento	58	27,5
Dor generalizada	41	19,4
Aumento de peso	36	17,1
Confusão	21	10

Conforme exposto na TAB. 3, associações estatísticas foram investigadas na perspectiva de encontrar associação significante entre a presença de SPM e a ocorrência de alguns fatores de risco, como ingestão de sal, ausência de atividades físicas, ingestão de café, falta de lazer, qualidade de vida ou exercício de atividade laboral, porém nenhuma associação estatisticamente significante foi encontrada, utilizando-se o teste do qui-quadrado.

TABELA 3 – Distribuição dos fatores agravantes para a presença de SPM em acadêmicas de enfermagem – Fortaleza – mar./jun. 2008

SPM Variáveis	Sim (n=211)		Não (n=15)	
	n	%	n	%
Atividade física (n=226)*				
Uma vez por semana	8	3,8	–	–
Duas a três vezes por semana	29	13,7	–	–
Todos os dias	9	4,3	1	6,7
Não realiza	165	78,2	14	93,3
Controla sal (n=226)**				
Sim	78	37	4	26,7
Não	133	63	11	73,3
Café/xícaras (n=226)***				
Nenhuma	99	46,9	4	26,7
1 a 3	103	48,8	10	66,7
Mais de três	9	4,3	1	6,7

*p=0,359 **p=0,291 ***p=0,311

Tendo em vista a repercussão ocasionada pela SPM na qualidade de vida das mulheres, indagou-se às participantes sobre as atividades realizadas que pudessem ser afetadas ou afetar o bom desempenho vital. Os dados coletados e as referidas associações estatísticas, utilizando-se o teste do qui-quadrado, foram dispostos na TAB. 4:

TABELA 4 – Distribuição das acadêmicas segundo variáveis interferidas pela presença da SPM – Fortaleza – mar./jun. 2008

SPM Variáveis	Sim (n=211)		Não (n=15)	
	n	%	n	%
Lazer (n=226)*				
Sim	191	90,5	13	86,7
Não	20	9,5	2	13,3
Qualidade de vida (n=226)**				
Excelente	25	11,8	2	13,3
Boa	128	60,7	9	60
Regular	53	25,1	4	26,7
Ruim	5	2,4	–	–
Trabalha (n=219)***				
Sim	18	8,5	4	26,7
Não	186	88,1	11	73,3

*p=0,444 **p=0,941 ***p=0,500

No questionário foram abordadas, também, questões referentes ao desaparecimento dos sintomas, uma vez apresentadas as características de ciclicidade presentes na SPM. Em relação a essa questão, 154 (68%) afirmaram que esses desapareciam com o início dos sintomas menstruais; 59 (26%), que não desapareciam; e 13 (6%) não responderam.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das participantes denota uma população jovem, com bom nível educacional, pois se tratava de estudantes universitárias, solteiras, sem atividades laborais fora do domicílio. Há que considerar que as alunas encontram-se no perfil mais acometido pela síndrome, ou seja, mulheres de maior escolaridade e idade menor que 30 anos, e isso se dá, exatamente, em razão da melhor percepção de alterações que ocorrem no próprio organismo.[12] O trabalho fora de casa pode representar mais um fator de estresse que pode desencadear a síndrome, pois fatores psicológicos podem ter influência na etiologia da síndrome.[13]

A idade da menarca mais prevalente ficou no intervalo entre 11 e 13 anos, com 195 (86,3%) entrevistadas. Segundo trabalho realizado, a idade da menarca vem diminuindo cada vez mais no Brasil.[14] A menarca é um indicador da maturação sexual feminina e é definida como a idade em que ocorre a primeira menstruação.[15] Estudo realizado com escolares de Londrina (PR) mostrou que a idade prevalente da menarca foi de 12,9 anos, equivalente ao encontrado neste estudo.[16] Diversos fatores estão associados à idade de ocorrência da menarca, como condições nutricionais, físicas, genéticas e ambientais.[17]

Quanto ao número de filhos, 217 (96%) não possuem filhos. Em um estudo realizado com universitários, constatou-se um grande desejo entre eles de adiar a maternidade/paternidade, o que pode acontecer também entre as universitárias em questão.[18] Há maior incidência da síndrome em mulheres que já estiveram grávidas, dadas as alterações ocorridas no ciclo gravídico-puerperal, e acredita-se que essas mudanças são tão intensas que podem ser bastante duradouras.[19]

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde,[20] a taxa de fecundidade no Brasil é de 2,5 filhos por mulher e vem decrescendo nos últimos anos, oscilando sobre os diferenciais regionais e sobre as localidades rurais e urbanas. A maior parte das participantes (169 – 74,8%) possui um ciclo regular, o que é esperado, pois irregularidade do ciclo nessa faixa etária é provavelmente resultante de anormalidades.[6] Quanto ao uso de contraceptivo oral, constatou-se que 91 (40,3%) alunas o utilizam como método contraceptivo, o que é um dado esperado, por se tratar de uma população bastante jovem. Esse é o método preferido entre as mulheres mais jovens. Não há consenso na literatura quanto à influência do uso de contraceptivos orais na SPM. A utilização desse método pode ser proposta na

prevenção do surgimento de sintomas, uma vez que ele elimina a ciclicidade ovariana.[12]

No estudo, evidenciou-se alto índice de SPM referida pelas participantes do estudo. Autores apontam para uma incidência, em média, de 40%.[5] O conceito de SPM adotado foi a presença de um sintoma físico ou psíquico no período que antecede a menstruação. A incidência, quando se considera esse conceito, é em torno de 97%,[19] o que corrobora o dado encontrado.

Dos sintomas referidos pelas participantes que apresentavam a SPM (211 – 93,4%), o mais citado foi a irritabilidade (156 – 73,9%). A irritabilidade é uma característica muito referida nas pesquisas sobre SPM.[9] Outros sintomas foram mastalgia, cefaleia e fadiga, citados por 144 (68,2%), 99 (46,9%) e 86 (40,8%) acadêmicas, respectivamente. A mastalgia, além do desconforto físico atribuído, pode prejudicar no relacionamento amoroso, bem como trazer alguns temores quanto à presença de doenças mamárias, inclusive preocupação com o câncer das mamas. Já a presença de cefaleia é atribuída ao distúrbio serotoninérgico. Em relação à fadiga, os autores referem que esse sintoma pode acabar prejudicando no rendimento acadêmico delas.[21]

Outros sintomas relatados foram: ansiedade, com 85 (40,3%) relatos, e depressão, com 73 (34,6%). A faixa etária entre 20 e 35 anos está mais vulnerável a apresentar a ansiedade como sintoma. A depressão ocorrida na SPM é fenotipicamente diferente de outras depressões e o que pode desencadeá-la são os períodos de flutuação hormonal.[9]

De acordo com TAB. 3, 179 (79,2%) acadêmicas não praticam nenhum tipo de atividade física. Isso pode ser explicado pela grande quantidade de atividades acadêmicas diárias que elas precisam realizar, uma vez que se trata de um curso integral, ou seja, passam o dia inteiro no ambiente de estudo. A presença de sedentarismo entre acadêmicos é muito grande, principalmente entre as do sexo feminino.[22] Das alunas que referiram a síndrome, 165 (78,2%) não realizam atividade física. A alta incidência de SPM entre elas pode estar relacionada a esse fator, pois, segundo Rodrigues e Oliveira,[19] a não realização de atividade física regular causa o aumento do número de sintomas, pois mulheres com esse hábito possuem menos sintomas relacionados à SPM.

Em relação ao consumo de sal, 144 (63,7%) acadêmicas não controlam a quantidade de sal na dieta. O próprio estilo de vida pressupõe o não controle sódico, pois, como já explanado, o período integral do curso pode dificultar uma alimentação saudável. Percebe-se que 133 (63%) das participantes que referiram a síndrome também não realizam esse controle. Uma ingesta exagerada de sal pode aumentar a intensidade da retenção de líquidos e, consequentemente, o desconforto que ela causa.[23]

Quanto ao consumo de café, 113 (50%) delas ingerem de 1 a 3 xícaras, sendo que 103 (48,8%) sofrem da SPM. Sabendo-se dos efeitos estimulantes da cafeína, salienta-se que a ansiedade e a irritabilidade das mulheres com síndrome pré-menstrual poderá ser aumentada.[4]

Conforme exposto na TAB. 4, o lazer esteve presente entre as participantes (204 – 90,3%), com 137 (60,6%) relatando uma boa qualidade de vida. Em relação à qualidade de vida, acredita-se que pressões externas da mídia, família, amigos podem influenciar não somente no ciclo menstrual, como na sua repercussão e na sua importância para a mulher[7]. Já a presença de lazer é relevante, pois, dentre os fatores que podem desencadear a ocorrência dessa síndrome, há o estresse de uma vida urbana, sendo o momento de descanso uma válvula de escape no enfrentamento do estresse cotidiano. A existência de lazer pode estar proporcionando essa boa percepção sobre a vida, fato que só pode ser avaliado mediante a autopercepção dos participantes.[24]

A existência de tarefas laborais não esteve associada à presença da síndrome, mas tal fato não implica a inexistência de diversas atividades realizadas no próprio curso de graduação. Das entrevistadas que apresentavam a síndrome, somente 18 (8,5%) exerciam atividade laborais.

Tendo em vista a ciclicidade dos sintomas associados à SPM, considerou-se relevante investigar as características da sintomatologia apresentada pelas entrevistadas, uma vez que podem não ser concernentes à SPM. O desaparecimento dos sintomas após o início menstrual esteve presente em apenas 154 (68%) mulheres. Ou seja, os sintomas podem estar ligados a outras afecções, tais como ansiedade, depressão e psicoses. As mulheres são mais acometidas pela ansiedade do que os homens, o que pode acontecer por causa da cultura e de aspectos éticos relacionados ao comportamento feminino, pois na sociedade esse comportamento é bem mais permissivo entre os homens e restrito entre elas.[25]

Outro aspecto importante quanto à ansiedade é a própria condição de acadêmica, com muitas cobranças e atribuições, pressão quanto à profissionalização e inquietações quanto ao ingresso no mercado de trabalho. É de suma importância a diferenciação das mulheres que realmente sofrem com SPM das que possuem uma psicopatologia que se exacerba ou é desencadeada por essa síndrome.[9]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, neste estudo, que as alunas do curso de graduação em enfermagem da UFC são jovens, solteiras e com ausência de atividades laborais. Constatou-se uma incidência elevada de SPM. Com relação aos aspectos ginecológicos, as participantes possuíam a idade da menarca na faixa de normalidade, de 11 a 13 anos, ausência de filhos, com ciclo menstrual regular, não utilizando, em sua maioria, contraceptivos orais.

Quanto aos sintomas mais prevalentes, observou-se a irritabilidade, a mastalgia, a cefaleia, que poderiam estar sendo agravadas pelo sedentarismo observado nas respostas das participantes, associadas à ausência

de controle sódico e ingestão de cafeína. Apesar das diversas atribuições de acadêmicas de um curso em período integral, elas referiram a realização de atividades de lazer e boa qualidade de vida. Há, atualmente, vários tipos de atividades alternativas cuja finalidade é promover o relaxamento e que podem amenizar a presença desses sintomas. Essas atividades podem ser desenvolvidas até mesmo no ambiente acadêmico, nos intervalos entre as aulas.

Pode-se observar, também, que apenas 154 (68%) alunas que referiram sintomas pré-menstruais indagaram sobre a cessação dos sintomas com o início da menstruação. Além disso, a maioria que faz uso de contraceptivos orais refere mudança dos sintomas.

Percebe-se que a população estudada, apesar de seus atributos e afinidades com a área da saúde, ainda não realiza atividades que possam melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos de agravamentos dos sintomas. Assim, com base nos achados, sugere-se maior divulgação dessa temática entre a sociedade em geral, uma vez que seus sintomas podem interferir nas atividades de vida diárias das mulheres. Além disso, ressalte-se a necessidade de que os profissionais de enfermagem abordem a presença desses sintomas com sua clientela feminina, o que garantirá um cuidado de enfermagem voltado para potenciais problemas de saúde, com orientações eficazes para a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Approbato MS, Silva CDA, Perini GF, Miranda TG, Fonseca TD, Freitas VC. Síndrome pré-menstrual e desempenho escolar. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(7): 459-62.

2. Donoso EC, Marinovic EJ. Psicopatologia de la Mujer. Santiago do Chile; 2000. p. 208.

3. Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, Romano-Silva, MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia**.** Rev Psiquiatr Clín. 2006; 33(3): 117-23.

4. Freitas F, Martins-Costa S, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

5. Fernandes CE, Ferreira JAS, Azevedo LH, Pellini EAJ, Peixoto S. Síndrome da tensão pré-menstrual – o estado atual dos conhecimentos. Arq Méd ABC. 2004; 29(2): 77-81.

6. Azevedo MRD, Saito MI, Berenstein E, Viegas D. Síndrome pré-menstrual em adolescentes: um estudo transversal dos fatores biopsicossociais. Arq Méd ABC 2006; 31(1): 12-7.

7. Azevedo MRD. Influências dos fatores individuais e sócio-culturais na ocorrência da síndrome pré-menstrual (SPM) em adolescentes [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.

8. Muramatsu CH. Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.

9. Montes RM, Vaz CE. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE. Psic Teor Pesq. 2003; 19(3): 261-7.

10. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 supl):15-25.

12. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. Rev Saúde Pública. 2006; 40(1): 47-56.

13. Silva CML, Gigante, DP , Carret MLV, Fassa AG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. Rev Saúde Pública. 2006; 40(1): 47-56.

14. Klug DP, Fonseca PHS. Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca. Rev Educ Física. 2006; 17(2): 139-47.

15. Moreira DM, Fragoso MIJ, Oliveira Júnior AV. Níveis maturacional e socioeconômico de jovens sambistas do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Esporte. 2004; 10(1): 16-23.

16. Borges AG, Pires R. Idade da menarca em adolescentes de Londrina-PR. Rev Bras Ativ Física Saúde. 2000; 5(3): 5-11.

17. Acetta SG, Abeche AM, Herter LD, D'Agostini C. Ginecologia infanto-puberal: puberdade e menarca, distúrbio menstrual e dismenorreia. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 419-36.

18. Pirotta KCM. Não há guarda-chuva contra o amor, estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2002.

19. Rodrigues IC, Oliveira E. Prevalência e convivência com a síndrome pré-menstrual. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(3): 61-7.

20. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: Bemfam; 1997.

21. Nogueira CWM, Pinto e Silva JL. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000; 22 (6): 347-51.

22. Lpopez Bárcena JJ, González de Cossío Ortiz MG, Rodriguez Gutiérrez MC. Actividad física en estudiantes universitários: prevalência, caracterisca y tendência. Med Int Mex. 2006; 22(3): 179- 96.

23. Halbe HW. Síndrome pré-menstrual. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. São Paulo: Rocca; 2000. p. 755-69.

24. Saupe R, Nietsche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(4): 636-42.

25. La Rosa J. Ansiedade, sexo, nível sócio-econômico e ordem de nascimento. Psicol Reflex Crit. 1998; 11(1): 59-70.

Data de submissão: 26/1/2009
Data de aprovação: 11/11/2010

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR – UM ESTUDO SOBRE A RELEVÂNCIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS*

BIPOLAR DISORDER – A STUDY ABOUT ITS RELEVANCE IN THE MIDWEST AREA OF THE STATE OF MINAS GERAIS

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR – ESTUDIO SOBRE SU RELEVANCIA EN LA REGIÓN CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Richardson Miranda Machado[1]
Josiana dos Santos Quadros[2]
Lucinéia da Silva Severino[2]
Raquel Natividade Santos[2]
Sílvia Helena Azevedo[2]

RESUMO

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Clínica São Bento Menni (CSBM), referência para internações psiquiátricas da região Centro-Oeste de Minas Gerais, com os seguintes objetivos: caracterizar os pacientes acometidos por transtorno afetivo bipolar (TAB) e identificar a ocorrência de TAB por sexo e idade, bem como a procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora dos serviços prestados ao paciente. A pesquisa foi realizada com base no banco de dados do Sistema de Internações Hospitalares e Prontuários do Arquivo Médico da CSBM, entre 1980 e 2005. A amostra foi constituída de 24.161 pacientes admitidos na CSBM, dos quais 1.967 tiveram diagnóstico de TAB (8,1%). Houve a predominância do sexo feminino com 1.167 (59,3%) e na faixa etária de 41 a 50 anos, com 455 (23,1%). A maior procedência para internação decorreu da própria família, com 793 (40,3%) pacientes. No que se refere ao tempo de internação 1.070 (54,4%), o período foi de até 30 dias. O maior tipo de alta foi a classificada como alta médica, com 1.685 (85,7%) pacientes. O tipo de internação que prevaleceu foi a reinternação hospitalar, com 1.116 (56,7%). O principal financiador das internações hospitalares foi o Sistema Único de Saúde (SUS), com 1.742 (88,5%) internações pagas.

Palavras-chave: Transtorno Afetivo Bipolar; Epidemiologia; Distúrbios Mentais.

ABSTRACT

This is a retrospective and exploratory study carried out in the São Bento Menni Clinic (CSBM) a reference for psychiatric hospitalization in the Midwest region of Minas Gerais. Its main objectives were to characterize the patients suffering from bipolar disorder syndrome and to identify its occurrence according to sex and age as well as the patient's origins, length of hospital stay, type of hospital discharge, type of hospitalization, and funding for services rendered to patient. The survey was based on data from the System of Hospital Admissions and medical records from the CSBM Medical Archives between 1980 and 2005. The sample consisted of 24.161 patients admitted to CSBM. Out of this 1.967 (8.1%) were diagnosed as suffering from bipolar disorder. Females formed the largest group with 1.167 (59. 3%), 455 were between the ages of 41 and 50 (23. 1%). 793 or 40. 3% were admitted on family request. Regarding the duration of hospitalization 1.070 (54. 4%) patients stayed in hospital for 30 days. Medical discharge was the highest with 1.685 (85.7%). 1.116 (56.7%) were readmitted (56.7%) and the funding came basically from the Public Health Service System (SUS) with 1.742 (88.5%) of paid admissions.

Key words: Bipolar Disorder (Maniac-Depressive Disorder); Epidemiology; Mental Disorders.

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo exploratorio realizado en la Clínica São Bento Menni (CSBM), centro de referencia para internaciones psiquiátricas de la región centro oeste de Minas Gerais. El estudio se realizó con miras a caracterizar a los pacientes acometidos por el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB); identificar la incidencia de TAB por sexo y edad, así como procedencia del paciente, tiempo de internación, tipo de alta, tipo de internación y fuente financiadora de los servicios prestados al paciente. La investigación se realizó entre 1980 y 2005 a partir del banco de datos del Sistema de Internaciones y Prontuarios del Archivo Médico de la CSBM. La muestra consistió en 24.161 pacientes admitidos en la CSBM de los cuales 1.967 tuvieran diagnóstico de TAB (8,1%). Se constató predominio del sexo femenino con 1.167 (59,3%) entre 41 y 50 años con 455 casos (23,1%). La mayoría de las internaciones ocurrió por iniciativa de las propias familias con 793 (40,3%) pacientes. Respecto al tiempo de internación 1.070 (54,4%) permanecieron en la institución hasta 30 días. El tipo de alta más frecuente fue la clasificada como alta médica con 1.685 (85,7%) pacientes. El tipo de internación prevalente fue la re-internación con 1.116 (56,7%). El Sistema Único de Salud (SUS) fue la fuente financiadora de la mayoría de las internaciones, pagando 1.742 (88,5%) casos.

Palabras clave: Trastorno Afectivo Bipolar; Epidemiología; Disturbios Mentales.

* Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Itaúna – Minas Gerais (UIT/MG) – para a obtenção do grau de Enfermeiro.

[1] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Doutorando em Enfermagem pela USP. Professor assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais – Fundação Educacional de Divinópolis e Universidade de Itaúna-MG.

[2] Estudante do curso de Enfermagem da Universidade de Itaúna-MG.
Endereço para correspondência: Av. Governador Magalhães Pinto, nº209/ Apto 304. Bairro: Niterói. Divinópolis/ Minas Gerais. CEP: 35.500.220.
Email: Richardson@usp.br.

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é um distúrbio do humor considerado doença grave, crônica e incapacitante. O indivíduo portador dessa doença alterna períodos de mania (euforia) e depressão, prejudicando, assim, seu cotidiano e funcionamento psicossocial. Trata-se, ainda, de uma doença pouco conhecida entre os profissionais de saúde e a população em geral.[1]

O TAB atinge cerca de 1% a 3% da população mundial, de modo a trazer grandes prejuízos do ponto de vista pessoal, profissional, nas relações afetivas e familiares. Esses prejuízos principalmente devem-se à sua sintomatologia clássica, como a oscilação do humor, a diminuição da capacidade de raciocínio crítico e os sintomas psicóticos (delírios e alucinações), que interferem no relacionamento interpessoal desses indivíduos.[2]

Estudos mais recentes demonstram que 5% dos portadores do TAB têm sua primeira crise no início da idade adulta (entre 20 e 30 anos) e que tende a receber, na prática clínica, o diagnóstico de depressão, em razão do pouco conhecimento sobre a doença e das dificuldades de estabelecer o diagnóstico.[3]

Assim, por meio deste estudo, visamos proporcionar maiores conhecimentos referentes ao TAB, no intuito de minimizar as dificuldades observadas em traçar o diagnóstico e a abordagem terapêutica mais precisa, o que favorece as recorrentes e persistentes crises durante a vida e a progressiva deterioração social.[4]

Desse modo, diante do conhecimento do forte impacto do TAB na vida dos pacientes acometidos e do contato com eles em uma instituição psiquiátrica hospitalar, propomos neste estudo: caracterizar os pacientes acometidos por TAB; identificar a ocorrência de TAB por sexo e idade; bem como a procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora.

Essas questões apresentam-se como desafio que exige respostas, por isso propomos, por meio deste estudo, uma reflexão mais ampla de modo a contribuir com a comunidade científica, com base em nossa experiência e na realidade regional, na extirpação de estigmas ainda existentes entre sociedade, familiares e pacientes que dificultam o atendimento, a adesão e a estabilidade do tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Clínica São Bento Menni (CSBM), um hospital psiquiátrico de cuidado terciário, filantrópico, de médio porte, com capacidade total instalada de 120 leitos. Essa clínica é considerada centro de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para internações psiquiátricas na região Centro-Oeste de Minas Gerais, atendendo pacientes portadores de transtornos mentais crônicos e agudos para a propedêutica, tratamento psiquiátrico e ambulatorial. Possui uma clientela diversificada, sendo 85% dos seus pacientes atendidos pelo SUS, cuja maioria é proveniente de cidades circunvizinhas à cidade de Divinópolis-MG, cidade onde está instalada a CSBM, situada no centro-oeste mineiro.[5]

A CSBM desenvolve, por meio do seu Sistema de Internações Hospitalares (SIH), o registro, o acompanhamento e o arquivo das informações referentes às internações por meio de prontuários, armazenados em seu Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Nesse aspecto, instituiu um sistema eletrônico de coleta de dados e registro das internações a partir do ano de 1995, além de registrar em formato eletrônico todos os dados das internações existentes desde 1980, ano de sua inauguração, apresentados em formato manuscrito em seu SAME.

Este estudo foi, assim, realizado por meio da coleta de informações no banco de dados do SIH/CSBM, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Itaúna (UIT), onde, com base nos dados coletados, foi construído um novo banco de dados com informações sobre os pacientes acometidos por TAB, atendendo às seguintes variáveis: sexo, idade, procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora.

Na construção do novo banco de dados para esta pesquisa, as informações que se apresentaram com erros de digitação, incompletas ou mal compreendidas foram atualizadas por meio de consultas aos prontuários arquivados no SAME.

Foram adotados como critérios de inclusão: 1) pacientes internados na CSBM, no período de 20 de outubro de 1980 (data de inauguração da clínica) a 31 de dezembro de 2005; 2) com permanência na CSBM superior a 24 horas; 3) que foram acompanhados desde a admissão, alta ou transferência.

Os dados foram analisados pelo Software Statiscal Package for Social Sciences (SPSS) versão 11.5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, dos 24.161 pacientes admitidos na CSBM, 1.967 foram acometidos por transtorno afetivo bipolar, o que representa a taxa de 8,1%.

A TAB. 1 apresenta a caracterização dos pacientes admitidos na CSBM que foram acometidos por TAB transtorno afetivo bipolar.

Após a análise dos dados referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes com TAB, evidenciou-se a predominância do sexo feminino com 1.167 (59,3%) sob o sexo masculino com 800 (40,7%).

Essa constatação pode ser compreendida ao se considerar que homens com TAB procuram significativamente menos atendimento médico do que as mulheres, seja por maior resistência pessoal, seja por estigma social, na proporção de 38,5% para 52,2% respectivamente.[6]

TABELA 1 – Caracterização dos pacientes admitidos na CSBM que foram acometidos por transtorno afetivo bipolar

Variável	Frequência (n %)
1. Sexo	
Masculino	800 (40,7)
Feminino	1.167 (59,3)
2. Idade	
10 a 20	07 (0,4)
21 a 30	117 (5,9)
31 a 40	280 (14,2)
41 a 50	455 (23,1)
51 a 60	371 (18,9)
61 a 70	289 (14,7)
> 70	276 (14,1)
Ignorado	172 (8,7)
3. Procedência	
Consultório médico particular	197 (10,0)
Centros de atenção psicossocial	470 (23,9)
Família	793 (40,3)
Outros	507 (25,8)
4.Tempo de internação na CSBM	
1 a 30 dias	1.070 (54,4)
31 a 60 dias	683 (34,8)
61 a 90 dias	149 (7,5)
> 90 dias	49 (2,5)
Ignorado	16 (0,8)
5. Tipo de alta hospitalar	
Alta médica hospitalar	1.685 (85,7)
Alta a pedido	228 (11,6)
Alta administrativa	6 (0,3)
Alta por abandono/evasão	34 (1,7)
Transferência clínica	2 (0,1)
Óbito	0 (0)
Ignorado	12 (0,6)
6. Tipo de internação	
Internações	851 (43,3)
Reinternações	1.116 (56,7)
7. Fonte financiadora da internação	
Sistema Único de Saúde	1.742 (88,5)
Particular	47 (2,4)
Convênios	155 (7,9)
Gratuito	6 (0,3)
Ignorado	17 (0,9)

Fonte: Banco de dados do SIH/CSBM

De acordo com Lima *et al.*,[7] os grandes estudos populacionais não encontraram diferenças significativas entre os sexos dos pacientes acometidos por TAB. Constatou-se, porém, neste estudo, a predominância do sexo feminino, podendo essa constatação também estar associada à idade elevada das pacientes internadas, conforme relatado por Tucci, Kerr-Correa, e Dalben,[8] que ressaltam haver maior risco de início tardio da doença entre 45 e 49 anos para as mulheres, além de seguirem com diagnóstico errado de depressão unipolar por aproximadamente dois anos.

Ao estudarmos o TAB, devemos também considerar que, apesar da alternância de estados depressivos com maníacos, que é a tônica dessa patologia, muitas vezes o diagnóstico correto só será feito depois de muitos anos. Uma pessoa que tenha uma fase depressiva tende a receber, na prática clínica, o diagnóstico de depressão e somente anos depois, caso apresente um episódio maníaco, vem a receber o diagnóstico conclusivo de transtorno afetivo bipolar. Assim, até que o episódio de mania surja, não é possível traçar seu verdadeiro diagnóstico.[3]

Cabe ressaltar que entre os transtornos psiquiátricos é reduzida a quantidade de estudos sobre mulheres com TAB, comparando-se com o número de estudos sobre transtornos depressivos ou esquizofrenia, dificultando, assim, uma investigação possivelmente coerente entre homens e mulheres com TAB.[9]

Quanto à faixa etária, as mais acometidas se encontraram entre 41 e 50 anos, com 455 (23,1%), seguida da faixa etária de 51 a 60 anos, com 371 (18,9%).

Lima *et al*. (2008) também verificaram em seus estudos que o TAB inicia-se por volta dos 40 anos de idade, porém ressaltam que essa incidência tardia está mais relacionada com a imprecisão diagnóstica, dado o pouco conhecimento da doença, do que com a idade de apresentação dos primeiros sintomas.

Costa[3] demonstrou que o atraso no diagnóstico de TAB pode acarretar a cronificação de sintomas, bem como a dificuldade cada vez maior em se obter uma estabilização do quadro e condução do tratamento.

Em relação à procedência, pode-se observar que 793 (40,3%) dos pacientes acometidos por TAB são procedentes da própria família. Isso condiz com o exposto por Keila,[2] ao ressaltar que a família cumpre papel primordial no tratamento desse transtorno, pois é capaz de identificar uma crise e mobilizar recursos para procurar assistência e tratamento até que o paciente tenha condições de cuidar de si mesmo. Porém, ainda observamos que, mesmo com a reforma psiquiátrica e o surgimento dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, o hospital ainda se apresenta como referência para os familiares no que condiz ao tratamento desse distúrbio psíquico.

No que se refere ao tempo de internação, dos 1.967 pacientes diagnosticados, 1.070 (54,4%) tiveram tempo de internação entre 1 e 30 dias, sendo que 683 (34,8%) pacientes permaneceram internados por um período de 31 a 60 dias.

Constatamos, assim, que a maioria dos pacientes teve o tempo de internação menor do que 30 dias. Isso pode ser compreendido ao analisarmos a principal causa das internações, em que mais de 70% dos pacientes (478) foram internados por causa das recorrentes crises decorrentes da não aceitação do diagnóstico de cronicidade da doença e da não aderência ao seguimento farmacológico em longo prazo. Dessa forma, há a dificuldade de se alcançar uma dosagem ideal das medicações para suporte a crise e estabilização do quadro, o que leva à necessidade de um

acompanhamento mais minucioso por meio de uma curta internação, além de suporte aos sintomas, os quais são difíceis de ser abordados e controlados pelos familiares.

Quanto aos demais 897 pacientes, verificamos que o tempo de internação superior a 30 dias está diretamente relacionado à cronicidade e à gravidade dos sintomas da doença e ao fato de o paciente oferecer risco para sua integridade física ou a de outros.

Reafirmamos, assim, que o tratamento do TAB deve ser contínuo, pois, se o paciente parar de tomar as medicações, os sintomas podem reaparecer; e que, mesmo se surgirem efeitos colaterais depois de algum tempo de medicação, não se deve interromper o tratamento ou automedicar-se; a primeira atitude deve ser procurar orientação profissional.

O tratamento psicoterápico pode ser indicado para doentes que não aderem ao tratamento medicamentoso ou quando os prejuízos na vida pessoal e social são grandes. Pode, também, ser indicada a terapia familiar, pois o apoio da família é fundamental.[6]

O tratamento do TAB pode levar a pessoa a ter uma vida normal ou, pelo menos, muito próxima do normal. Isso, geralmente, só depende da adesão do paciente aos medicamentos e das mudanças no estilo de vida que ele tiver de fazer, evitando, assim, as internações e a cronicidade da doença e seus sintomas.[3]

De acordo com os dados coletados, 1.685 (85,7%) das altas hospitalares decorreram de critério médico, o que representa boa adesão ao tratamento proposto e reflete uma grande oportunidade de se alcançar a adequada estabilidade psicoterapêutica e farmacoterápica dos indivíduos com TAB, seguidas de 228 (11,6%) de alta a pedido.

Uma das medidas para melhorar a adesão dos portadores de TAB é identificar as atitudes que os fazem interromper o tratamento e discuti-las com o paciente nas consultas, promovendo informação e conhecimento sobre a doença e seu tratamento. É vital que os psiquiatras questionem seus pacientes sobre problemas de adesão, a fim de resolvê-los e encorajá-los a continuar o tratamento.

Quanto às classificação das internações, aconteceram em maior proporção as registradas como reinternações, com 1.116 (56,7%) pacientes, sendo as demais, 851 (43,3%), tidas como primeira internação. O alto número de reinternações pode ser explicado pelo abandono do tratamento após a estabilização do quadro, além da recorrência das crises, que aumenta a probabilidade de experimentar novos episódios de depressão ou mania, apesar do tratamento.[9]

Costa[3] demonstra que as comorbidades psiquiátricas e físicas causadas pela doença e a baixa adesão ao tratamento são as principais causas das reinternações e da subsequente elevação dos custos com o tratamento para o SUS, sendo o TAB um dos responsáveis por um custo anual de cerca de 45 milhões de dólares com tratamento entre os distúrbios mentais custeados pelo SUS.

O alto custo dos distúrbios mentais para o SUS pode ser também confirmado ao analisarmos a principal fonte financiadora das internações dos pacientes acometidos por TAB, por meio dos quais constatamos que o principal financiador dos serviços prestados aos portadores dessa patologia foi o SUS, com 1.742 internações, o que corresponde a 88,5% dos pacientes atendidos. Esse dado evidencia a necessidade de se desenvolverem estratégias de diagnóstico e tratamento mais precisas, para que, assim, o SUS possa diminuir os custos relacionados com a doença e proporcionar melhor qualidade de vida para os pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados, podemos dizer que o grande número de pacientes acometidos por TAB e a consequente deterioração psicossocial causada por esse transtorno apontam para a necessidade urgente de diagnósticos mais precoces e precisos, além de intervenções mais eficazes nessa área. Verificamos a necessidade de se desenvolverem estudos que abordem a problemática do TAB por gênero, bem como de outras formas de minimizar o abandono do tratamento pelos pacientes acometidos, identificado como a principal causa do grande número de reinternações e da cronificação dos sintomas.

Demonstramos no estudo, ainda, que o TAB é uma patologia cada vez mais frequente em nossa sociedade e carece de maior divulgação de informações, principalmente no que se refere ao seu caráter crônico, seus sintomas, e à necessidade contínua de tratamento.

Observamos, também, a importância de se propor atendimento aos familiares dos pacientes identificados com esse diagnóstico, assim como a necessidade de informá-los sobre outras formas de tratamento e acompanhamento que privilegiem a manutenção do contato social dos pacientes e minimizem o número de internações.

É importante ressaltar que as informações sobre o diagnóstico, a etiologia e as características principais da doença devem ser continuamente revistas e atualizadas pelos profissionais da saúde, pois tornam os diagnósticos e a propedêutica cada vez mais eficazes, reduzindo, assim, o grande estigma social gerado pela doença e o grande impacto econômico para o SUS, seu principal financiador.

REFERÊNCIAS

1. Gomes BC, Lafer B. Group psychotherapy for bipolar disorder patients. Rev Psiquiatr Clínica. 2007; 34(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200700020004&lng=&nrm=iso>.

2. Keila SB. Aspectos psicológicos do transtorno afetivo bipolar. Rev Psiquiatr Clínica. 2004; 26(6). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n6/art297.html.

3. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. Rev Psiquiatr Clínica. 2008; 35(3). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200800030003&lng=en&nrm=iso>.

4. Vieta A. Transtornos bipolares: avances clínico y terapêuticos. Madri: Médica Panamericana; 2003. p. 271-2.

5. Clínica Psiquiátrica São Bento Menni: apresentação. [Citado 2008 set. 5]. Disponível em <http://www.hospitaleirasbrasil.org/Objects/Home1.asp>

6. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. Rev Psiq Clín. 2006 33(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200600020008&lng=&nrm=iso>.

7. Lima MS, Tassi J, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. Rev Psiq Clín. 2008; [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200500070003&lng=&nrm=iso>.

8. Tucci AM, Kerr-Correa F, Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. Rev Psiq Clín. 2003; 23(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462001000200006&lng=&nrm=iso>.

9. Dias RS. Transtorno bipolar do humor e gênero. Rev Psiq Clín. 2006; 33(2). [Citado 2008 set. 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200600020008&lng=&nrm=iso>.

Data de submissão: 4/2/2009
Data de aprovação: 11/11/2010

SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: MOTIVAÇÃO E SIGNIFICADO*

BEING A COMMUNITY HEALTH AGENT: MOTIVATION AND MEANING

SER AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: MOTIVACIÓN Y SIGNIFICADO

Cássia Regina Fernandes Biffe Peres[1]
Antonio Luiz Caldas Junior[2]
Roseli Ferreira da Silva[3]
Maria José Sanches Marin[4]

RESUMO

Neste estudo, propõe-se caracterizar o perfil dos agentes comunitários de saúde (ACSs) das unidades de atenção básica à saúde do município de Marília-SP e analisar os motivos e o significado de ser ACS. Os dados quantitativos foram abordados de forma descritiva e para a análise dos dados qualitativos foi utilizado o referencial de análise de conteúdo. Houve predomínio de mulheres; a média de idade foi de 32,5 anos; a maioria tem ensino médio completo e atua na função, em média, por 27 meses. O desemprego, a busca de outra área para atuação e o desejo de ajudar o outro foram os motivos de se tornarem ACSs. Quanto ao significado, constatou-se a interlocução e o vínculo, a possibilidade de ajuda, a orientação e o estímulo à autonomia, além de ações assistencialistas. Conclui-se que há necessidade de que as atribuições do ACS sejam definidas e aprimoradas.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Auxiliares de Saúde Comunitária; Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aims at characterizing the profile of the Community Health Agent (in Portuguese ACS) working in Health Centers at the municipality of Marilia-SP. It intends also to analyze the motivations and meanings of being an ACS. The quantitative data were studied descriptively whereas the qualitative results were summarized by content analysis. ACSs were predominantly of the female sex and were in average 32. 5 years old. Most of them had finished high school and had been working as Community Health Agents for an average 27 month. Unemployment, the search for a different work area and the desire to help others were pointed out as reasons for becoming an ACS. For them being an ACS means to develop links with the community, to be able to talk, to help, to guide and to encourage their autonomy as well as to offer assistance to the community. In conclusion, it is necessary to better define and improve the ACS's responsibilities.

Key words: Family Health Program; Community Healthcare Assistant; Public Health.

RESUMEN

El presente estudio propone caracterizar el perfil de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de las unidades de atención básica a la salud del municipio de Marília-SP y analizar los motivos y el significado de ser ACS. Los datos cuantitativos se enfocaron de forma descriptiva, por medio del análisis univariado. En el análisis de datos cualitativos se empleó el referente de análisis del contenido. Predominaban las mujeres con edad promedio de 32,5 años, la mayoría con enseñanza secundaria que trabajaba en esa tarea durante un promedio de 27 meses. El desempleo, la búsqueda de otro campo de trabajo y el anhelo de ayudar el prójimo constituían los motivos que las impulsaban a ser ACS. En cuanto al significado se constato la interlocución y el vínculo, la posibilidad de ayuda, la orientación y el estímulo a la autonomía, además de acciones asistencialistas. Se concluye que habría que definir y perfeccionar las atribuciones de los ACS.

Palabras clave: Programa Salud de la Familia; Auxiliares de Salud Comunitaria; Salud Pública.

* Parte da dissertação *O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília-SP*, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu.

[1] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Assistente de Ensino da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: cassiabp@famema.br.
[2] Médico. Professor assistente doutor da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Departamento de Saúde Pública. E-mail: acaldas@fmb.unesp.br.
[3] Enfermeira. Doutora e professora adjunta da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: roselifs@flash.tv.br.
[4] Enfermeira. Doutora e docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: marnadia@terra.com.br.
Endereço para correspondência – Av. Maria Fernandes Cavallari, 3150, apto 323. Marília-SP. CEP: 17526-431. E-mail: cassiabp@famema.br.

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS) representa um novo elemento no cenário da atenção básica à saúde no Brasil e é considerado como personagem-chave na organização da assistência, uma vez que assume uma posição bidirecional, pois, ao mesmo tempo em que é morador da comunidade em que trabalha, é integrante da equipe de saúde.

No Brasil, as experiências com o trabalho do ACS têm início em alguns Estados do Nordeste, na década de 1970. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizando uma série de práticas em saúde que se desenvolviam no País, de forma isolada e focal, e atendiam a populações em situação de risco à saúde. Inicialmente, o programa focalizava a questão da mortalidade infantil e materna, expandindo posteriormente sua abrangência para o apoio à organização da atenção básica em saúde nos municípios.[1]

A partir de 1993, quando começou a ser idealizado o Programa de Saúde da Família (PSF), o PACS passou a ser implantado como uma estratégia transitória dele. O PSF, visando efetivar os princípios de integralidade, universalidade e equidade propostos para o SUS, tem o ACS como elemento fundamental no desenvolvimento da proposta.[1] Após alguns anos de exercício dessa prática, em 2002, a profissão do ACS foi criada legalmente e ficou estabelecido que seu exercício devia se dar exclusivamente no âmbito do SUS.[2]

O MS, ao institucionalizar e regulamentar a prática dos ACS, caracteriza-a como um conjunto de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, tendo por foco a prevenção de doenças e a promoção da saúde.[2,3]

O ACS vem ocupar o vazio existente nas ações de saúde, configurando-se como elo entre a comunidade e a unidade de saúde, por meio de uma prática peculiar e complexa. Ao trabalhar e morar no lugar em que atua, o ACS e os usuários vivem solidariamente as mesmas condições de vida e usufruem os mesmos bens sociais. Essa dinâmica social repercute no desenvolvimento da prática, proporcionando ao ACS olhares, sentimentos e escutas que influenciam seu agir, um agir que se estabelece mediante o diálogo e favorece o estreitamento de vínculos, desenvolvendo confiança, responsabilidade, respeito e compromisso.[4]

A híbrida inserção do ACS torna-o um ator diferenciado na equipe de saúde, pela possibilidade de ampliar as relações de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos, o que o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial.[5]

Ao pensar a inserção do ACS no trabalho em saúde e nas propostas de atuação no PACS/PSF, deve-se ter em mente os desafios que lhe são colocados. O ACS é o elemento da equipe que mantém maior contato com a população, adentra os domicílios, recebe diretamente as queixas da população, comprometendo-se de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados, ao mesmo tempo em que precisa confrontar-se com a equipe e agir segundo as possibilidades e limites dela e do próprio sistema de saúde. A própria condição de vida das pessoas, muitas vezes, revela-se crítica, com problemas de difícil solução. Além disso, o sistema de saúde solicita o cumprimento de metas e domínio da tecnologia necessária para manter alimentado o sistema de informação.

Apesar dessa complexidade, o ACS não possui formação específica e, no seu processo de trabalho, ao fazer parte de uma equipe, tem-se observado que nem sempre ele recebe a supervisão e a retaguarda necessárias. Ocorre, ainda, que a formação escolar do ACS é bastante heterogênea, incluindo desde profissionais com a escolaridade mínima exigida até profissionais de nível superior.

Dessa forma, o ACS suporta um "peso" excessivo de tarefas e responsabilidades, trazendo consigo múltiplas e contrapostas expectativas depositadas pelos gestores do SUS, as quais não podem ser adequadamente correspondidas na prática e diante das quais os profissionais de desenvolvimento de recursos humanos também não sabem o que fazer.[6]

Apesar da complexidade imposta ao trabalho do ACS, ressalte-se sua relevância como possibilidade de ultrapassar a barreira do saber e da prática centrada no modelo biomédico.[5] Assim, justifica-se um estudo que possibilite a análise do trabalho do ACS para melhor compreender sua inserção no processo de trabalho das equipes de atenção básica à saúde, o que poderá subsidiar reflexões sobre a dinâmica de trabalho desses profissionais e possibilitar o estabelecimento de estratégias com vista à melhoria da qualidade da atenção e de suas condições de trabalho.

Neste estudo, portanto, propõe-se a caracterizar o perfil dos ACSs das unidades de atenção básica à saúde do município de Marília-SP quanto a dados sociodemográficos e profissionais, bem como analisar os motivos que os levam a ser ACSs e o significado de ser ACS diante do trabalho que desenvolvem.

METODOLOGIA

Neste estudo foram utilizadas as abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa, considerando-as como complementares na compreensão do objeto de estudo. Quantitativamente, caracteriza-se o perfil do ACS e por meio da pesquisa qualitativa, analisam-se a motivação, o significado e as expectativas de ser ACS.

Foi estudado o universo de ACS do município de Marília-SP, região centro-oeste do Estado de São Paulo, que contava à época com uma população aproximada de 220 mil habitantes. A rede de Atenção Básica à Saúde encontra-se organizada em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 28 Unidades de Saúde da Família (USFs),

as quais constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde.[7]

O ACS atua em todas as UBSs e USFs do município, num total de 339 ACSs, sendo que todas as UBSs têm implantado o PACS. O processo seletivo se dá por meio de avaliação escrita, versando sobre ética, sigilo, noções de matemática, português e trabalho em equipe. Aprovados na avaliação escrita, os candidatos são submetidos a uma entrevista. Após a contratação, é realizado treinamento introdutório, com duração de uma semana, sobre temas como SUS, trabalho em equipe, visita domiciliar, dentre outros.

Para a coleta de dados quantitativos, foi considerada a totalidade dos ACS, os quais responderam ao questionário com dados referentes a sexo, idade, escolaridade, tempo de atuação como ACS na unidade e tempo de residência no bairro. Entre os 339 ACSs cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município na ocasião da coleta de dados, 303 (89.4%) responderam ao questionário deste estudo. Os motivos de não responderem foram férias, 5 (1,5%); licença-maternidade, 2 (0,6%); licença médica, 4 (1,2%); recusa verbalizada; 2 (0,6%); e não devolução do questionário, 23 (6,8%).

Observou-se-se que 180 ACSs (59,4%) trabalhavam em UBSs, 119 (39,3%) em USFs e 4 (1,3%) não responderam a esse dado.

Para a coleta de dados qualitativos, delimitou-se uma amostra intencional, visando contemplar ACSs pertencentes tanto às UBSs quanto às USFs, de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias e diferentes níveis de escolaridade e com variável tempo de trabalho como ACSs. Assim, foram entrevistados 16 ACSs, os quais são identificados, neste estudo, com a letra "E" (de 1 a 16) e, ainda, segundo unidade de atuação (USF ou UBS). A seleção dessa amostra baseou-se nos princípios da pesquisa qualitativa, cuja preocupação está no aprofundamento e na abrangência da compreensão, recorrendo-se para isso a um critério de amostragem que refletesse as múltiplas dimensões da totalidade, sendo que o número considerado suficiente é o que permite certa reincidência das informações, porém não são desprezadas as informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta.[8]

A entrevista foi orientada por um roteiro previamente formulado com questões norteadoras que tratavam do objeto da pesquisa. As entrevistas com os ACS foram agendadas previamente, com a preocupação de que não houvesse prejuízo do trabalho e da assistência ao usuário. Elas foram gravadas e transcritas na íntegra para possibilitar a análise do conteúdo.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, Protocolo nº 150/04, observadas as disposições da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96.

Os dados quantitativos foram processados no programa EPI INFO 6 e abordados de forma descritiva, com intenção de caracterizar o perfil do ACS. Dessa forma, os dados foram apresentados em números absolutos e frequências simples.

A análise dos dados obtidos pelas entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. A análise do conteúdo é

> uma técnica de investigação, que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.[9]

Nessa perspectiva, seguiram-se os seguintes passos: *fase de pré-análise*, realizada leitura de cada uma das entrevistas visando à organização do material e reconhecimento das ideias iniciais do texto; *fase de exploração*, em que o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referencial teórico. Foram desmembradas as unidades de registro, ou seja, houve uma codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto, por recorte do texto, classificação e agregação, o que possibilita atingir uma representação do conteúdo para posterior categorização. A codificação foi feita por frases, representantes das unidades de sentido e possibilitaram a classificação por categorias empírica, ou seja, aquelas construídas no decorrer da análise.[8] Dessa forma, formularam-se as seguintes categorias: ser ACS: a motivação e ser ACS: o significado. Na *fase de tratamento* dos resultados, foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e pela fundamentação teórica, que permitiram obter os resultados e considerações sobre tema em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização demográfica e profissional do ACS

O quadro de ACS do município de Marília é formado, predominantemente, por 275 mulheres, o que corresponde a 90,8% do quadro. Essa percentagem se aproxima da porcentagem do município de São Bernardo do Campo na Grande São Paulo, em que 91,3% dos ACSs eram do sexo feminino.[10] No município de Porto Alegre e em estudo nacional, as proporções de ACSs por sexo também se assemelham aos dados deste estudo.[11,12]

A idade variou de 20 a 59 anos, sendo a faixa etária predominante de jovens, com idade média de 32,5 anos, distribuídos nas seguintes faixas etárias: 53 (17,5%) entre 20 a 24 anos; 71 (23,4%) de 25 a 29; 69 (22,8%) de 30 a 34; 49 (16,2%) de 35 a 39; 32 (10,6%) de 40 a 44; 19 (6,3%) de 45 a 49; 5 (1,7%) entre 50 e 54 e 4 (1,3%) de 55 a 59 anos. Tais dados se assemelham aos encontrados em outros estudos que caracterizam o perfil do ACS.[11-12] A idade média do ACS do município de Marília-SP aproxima-se da encontrada em São Bernardo do Campo, que foi de 33,5 anos.[10]

Neste estudo, 209 ACSs (69,0%) concluíram o ensino médio e 20 (6,6%) possuem o ensino médio incompleto; 31 (10,2%) concluíram o ensino superior; 21(6,9%) possuem o ensino superior incompleto; e 22 (7,3%)

possuem o ensino fundamental. Ou seja, 261 ACSs (86,1%) têm, pelo menos, o ensino médio concluído. A escolaridade do ACS em âmbito nacional, de acordo com o DAB/SIAB/MS-2003, é de que 40,7% dos ACSs possuem o ensino médio completo, 1,6% possuem o ensino superior incompleto e 0,6% concluíram o ensino superior,[10] valores bem inferiores aos encontrados no município de Marília-SP.

No início da implantação do PACS, o Ministério da Saúde (MS) não exigia grau de escolaridade para exercer a função de agente, bastando apenas ser alfabetizado. Com a criação da profissão de agente comunitário de saúde pela Lei nº 10.507, de 12 de julho de 2002, um dos requisitos para o exercício da profissão passou a ser o ensino fundamental.[2] No município de Marília-SP, desde o início do PACS/PSF, a escolaridade mínima exigida foi o ensino fundamental completo.

Observa-se que o tempo de atuação na Unidade ACS variava de 1 a 72 meses, com uma média de 27 meses, tempo semelhante à média de tempo de existência das USFs e de implantação do PACS no município, denotando estabilidade do quadro de ACSs.

O tempo de moradia no bairro teve uma variação de 1 a 43 anos, com média de 13,8 anos. O MS não descreve qual deve ser o tempo mínimo de moradia no bairro em que atua, porém, em Marília-SP, esse tempo mínimo de moradia no bairro deve ser de um ano para a participação do processo seletivo. De acordo com estudo realizado em Porto Alegre, 26 (22,8%) dos ACSs residiam no bairro entre 4 e 9 anos; 44 (38,6%), entre 10 e 19 anos, 28 (24,6%), entre 20 e 29 anos; 11 (9,6%), entre 30 e 39 anos; e 5 (4,4%) moravam no bairro há 40 anos ou mais. A média de tempo de moradia no bairro encontrada em São Bernardo do Campo assemelha-se à de Marília-SP, ou seja, 15,6 anos.[10]

A motivação e o significado de ser ACS: análise qualitativa

Ser ACS: a motivação

Ao revelarem os motivos que os levaram a ser ACSs, destacam o desemprego, a busca de outra área de atuação, vislumbrando o crescimento pessoal e o sonho de trabalhar na área da saúde pela possibilidade de relações de ajuda com outras pessoas.

Ao referir que o motivo que os levaram a ser ACSs é o desemprego, eles apontam que se encontravam sem outra possibilidade de trabalho ou exercendo alguma atividade esporádica, conforme as falas que seguem:

> *Eu estava desempregado e fazia assim bicos como segurança [...] e apareceu a vaga de agente comunitário; [...] porque eu conhecia pouco do trabalho e a razão mesmo é que eu estava desempregado e abriu-se esse campo para mim.* (E7/UBS)

> *Nunca me passou pela cabeça ser um agente comunitário, eu nem sabia que existia isso, [...] e, como eu estava desempregado, [...] entrei como agente comunitário*. (E2/ USF)

Corroboram as falas dos ACSs dados do IBGE de 2002, em que a taxa de desemprego no Brasil era de 7,1%.[13] A necessidade de garantir o sustento cotidiano acaba sobrepondo-se ao interesse, ao desejo e à identificação com a área de trabalho. Esse aspecto merece estudos mais aprofundados, visando desvendar até que ponto isso pode interferir na qualidade do trabalho profissional. Acredita-se, por um lado, na possibilidade de haver identificação com as ações à medida que o trabalho é desenvolvido; por outro lado, essas pessoas podem manifestar maior insatisfação com o trabalho e não se fixarem na atividade.

Além da falta de oportunidade, trabalhar como ACS surge como uma possibilidade de melhoria das condições de trabalho por meio da mudança de emprego, de busca por outra área de atuação, ou procura do crescimento profissional, mesmo desconhecendo as atividades que desenvolveria. As falas abaixo revelam esse sentido:

> *Eu trabalhava como empregada e não tenho muito estudo, tinha feito só até a 8ª série, e aí eu, quando eu vi o posto, a gente vê e fala: 'Quero trabalhar no posto'. E, aí, fui atrás e entrei, mas foi mais por precisão, por falta de outras oportunidades.* (E9/UBS)

> *Quando eu prestei o concurso eu ainda estava trabalhando, [...] bom, a verdade é que eu queria mudar de área.* (E4/UBS)

> *Eu estava trabalhando no comércio, em uma lanchonete, onde eu entrava cedo e saia à noite, era mais corrido.* (E6/USF)

As falas anteriores indicam que a população brasileira, além do desemprego, lida com carga horária extenuante, com a informalidade e com a desvalorização de algumas categorias profissionais. Assim, mesmo que o trabalho do ACS seja demandante de adaptação a um novo papel, o qual se revela complexo e conflituoso, além da baixa remuneração que normalmente lhe é oferecida, ainda constitui uma possibilidade de ascensão pessoal e profissional.

Aliada à necessidade de trabalho, alguns ACSs identificam sua motivação nas atividades que desenvolvem como a facilidade de trabalhar com famílias/pessoas o sonho de trabalhar na área da saúde, o lado humano de ouvir e ajudar o outro, o trabalho social e a possibilidade do trabalho em equipe, levando à identificação com o trabalho de ACS:

> *Eu sempre gostei de trabalho social e trabalho em equipe; isso já veio comigo [...] e também é um prazer muito grande.* (E11/USF)

> *Quando uma pessoa está com problema eu gosto de estar ajudando, assim, dentro do possível. [...] Eu gosto muito de ouvir.* (E5/UBS)

> *A minha necessidade de trabalho mesmo [...] e junto com isso esse lado humanitário que eu tenho comigo de fazer o bem para as pessoas.* (E16/UBS)

Em outros estudos que se analisou a motivação para o trabalho de ACS também encontrou-se como principal

motivo a oportunidade de emprego.[1,12] Esse fato revela a necessidade da cuidadosa inserção do ACS na equipe de saúde, por meio da compreensão de suas necessidades, capacitação e acolhimento, uma vez que, nesse contexto de tarefas complexas e desafiadoras, esse profissional tem possibilidades múltiplas de revelação que tanto pode ser de crescimento e colaboração como de desanimo e ostracismo.

Nessa perspectiva, saliente-se que, na operacionalização do trabalho, o ACS centra sua ação no *trabalho vivo em ato,* com forte compromisso com a *tarefa de acolher, responsabilizar-se, resolver e autonomizar o usuário no seu modo de andar a vida*, o que representa que o trabalho é centrado na subjetividade. Esse aspecto reforça a necessidade de identificação com o papel que desempenha para que ele possa ser realizado de forma efetiva.[14,15]

Ser ACS: o significado

Os sujeitos entrevistados atribuem como significado de ser ACS a atuação como interlocutores, de ajuda ao outro e de prestar informações, além de ações assistenciais. Seus discursos revelam que lhes falta clara definição do seu papel.

A interlocução entre a unidade de saúde e a comunidade ocorre pela aproximação com a unidade e vínculo com a situação real da comunidade, possibilitando o acesso ao serviço de saúde:

> *É ser um vínculo entre a comunidade, a unidade de saúde, a equipe porque, de certa forma, é a gente que vai na casa, a gente que conhece os problemas dos pacientes, traz para a equipe*. (E10/USF)

> *O agente que é o elo entre a unidade e a família. [...] Nós temos intimidade com as pessoas. [...] Tudo que a pessoa faz, lá no íntimo da família, nós sabemos.* (E16/UBS)

Por ter o vínculo com a comunidade, o ACS consegue ver e entender a necessidade do outro, possibilitando cuidar dessa população. O conhecimento dos problemas que ocorrem no cotidiano pode trazer benefícios para compreender o processo saúde-doença, sendo útil para os profissionais de saúde nas suas práticas.[16]

É relevante observar, pelas entrevistas, uma forte tendência em ajudar o outro, no sentido de satisfazer-lhe as necessidades de saúde, por meio de orientação/informação, cuidado, troca de experiência, buscando a solução dos problemas em conjunto com os demais profissionais da equipe. Por serem os profissionais que estão dentro dos domicílios, os ACSs vivenciam situações que muitas vezes os outros profissionais não podem vivenciar. As relações sociais nas quais predominam o vínculo, a troca e o acolhimento dos sujeitos permitem a presença do apoio social e do cuidado[17]:

> *Vai fazendo esse vínculo, e eles te contam tudo o que passa na vida deles, os problemas, às vezes, você vai fazer dengue e fica em duas casas; [...] você tem que ouvir.* (E9/UBS)

> *Se você está sentado só conversando, você está ajudando ela de certa forma, [...] porque às vezes precisa de consulta, estar passando informações sobre doença, combate contra a dengue, a gente está sempre conversando, e isso cria um vínculo com as pessoas.* (E7/UBS)

Sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, ser ACS também é prestar informação e orientação em saúde, o que está de acordo com a proposta do MS para a função de ACS.

Na cidade de Porto Alegre, o ACS também se reconhece como educador, podendo trazer para si um sentimento de maior valorização.[12] Como educador, ele é visto como um trabalhador com qualificações que tem algo a oferecer à população, como expresso nas falas seguintes:

> *Assim, quando eu chego na casa e a pessoa tá precisando daquela orientação que eu tenho pra dar, então isso me satisfaz muito, quando eu encontro uma situação em que eu possa.* (E16/UBS)

> *Muita gente que tem problema e não sabe como resolve, [...] então ele* [o ACS] *tem que ser solidário e passar as informações. Eu acho que mais a gente trabalha mais como prestador de informação.* (E2/USF)

Em alguns momentos, o contato com a real conjuntura socioeconômica da população evidencia a pobreza e a desigualdade social. A dificuldade em obter resolução para essas situações crescentes e a busca da comunidade por respostas imediatas geram pressões sobre o trabalho do ACS. Em vez de tomar atitudes que promovam a autonomia da comunidade, muitos agentes são induzidos a reproduzir ações de cunho assistencialista, característica da história das políticas públicas, agindo de maneira paternalista, como quando oferecem algo material (cesta básica, por exemplo), na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e suas próprias angústias diante dessas situações.

> *A hora que eu cheguei e entreguei a cesta para ele, [...] a expressão dele foi de felicidade. [...] É uma coisa assim que eu nunca imaginei na minha vida que eu iria passar.* (E7/UBS)

> *Eu gosto de ser agente comunitário. [...] Quando eu entro nas casas para entregar algum remédio, para [...] trocar experiência, [...] você marca uma consulta, [...] é bem gratificante.* (E9/UBS)

Em outras falas, há preocupação de "não dar pronto", mas a necessidade e a disponibilidade de promover a construção da autonomia das pessoas, tornando-os sujeitos do processo. O ACS contribui para a autonomia da comunidade nos momentos em que atua na promoção da saúde, por meio de atividades educativas, como grupos de atividade física (caminhada, ginástica, dança, dentre outros); promove atividades que busquem a geração de renda (artesanato, horta comunitária); articula e estimula a população a utilizar seus equipamentos sociais na busca de soluções às suas necessidades, propondo ações intersetoriais; estimula e

orienta a população em relação a medidas de proteção à saúde e ao autocuidado:

> *O objetivo é, assim, não só você dar pronto, é você ensinar eles* [comunidade] *plantar na casa deles, num terreno vazio do lado dele, que vai ter alguma coisa para ele comer.* (E1/UBS)

A dificuldade da construção da autonomia com a população e a evolução histórica de ações de cunho assistencialista acabam por sobrecarregar o ACS com atividades que poderiam ser realizadas pelos próprios usuários, como buscar medicação e encaminhamentos na unidade de saúde. Por outro lado, a entrega domiciliar de medicamentos ocorre pela dificuldade de o sistema manter disponível na unidade todos os medicamentos para entrega ao usuário. Cria-se um paradoxo, pois, como discutido, a unidade de saúde é a porta de entrada do sistema e deve ter responsabilidade pelos moradores de sua área de abrangência e seus agravos. No momento em que a medicação está disponível ou o encaminhamento agendado, isso deve ser disponibilizado o mais rápido possível ao usuário. Como o agente é o profissional que mais desenvolve atividades "extramuros", é-lhe dada essa atribuição:

> *A entrega de remédio eu acho que devia ser revista, porque eu acho que a função nossa não é entregar remédio.* (E2/USF)

> *Ainda não entende o papel do agente comunitário, por mais que você fale, [...] mas ele tem uma ideia de que você é aquela pessoa que é um* office-boy. (E14/USF)

> *Não só ficar correndo entregando remédio. [...] A gente sai de sacolada entregando remédio e fala que a gente tem que fazer campanha da dengue, visita, ver criança, gestante. [...] Então não dá.* (E2/USF)

Também nessa perspectiva pode-se considerar a polêmica causada diante do perfil e atribuições dos ACSs, uma vez que ainda não se encontram determinadas de forma efetiva.[18] Constata-se que, embora as competências dos ACSs tenham sido delimitadas e o referencial do curso técnico de agente comunitário de saúde tenha sido traçado, as atribuições do ACS devem ser trabalhadas, considerando-se as singularidades de cada região, município e até mesmo unidades de trabalho, em virtude das particularidades encontradas em cada unidade de trabalho. Dada a falta de clareza na delimitação de suas atribuições, o papel do ACS tem sido distorcido e seu trabalho, sobrecarregado. Hoje, muitas das ações a serem desenvolvidas nas famílias e comunidade acabam sendo atribuídas ao ACS.

Diante do seu papel de interlocução com a equipe e de apoio à comunidade nas suas necessidades de saúde, torna-se perceptível que o ACS depara com situações de difícil intervenção. Sua prática se caracteriza pela singularidade e complexidade, além de ser contraditória, por assumir uma postura de construir junto com a comunidade mudanças no estilo de vida, e esta nem sempre reconhece a sua legitimidade como profissional de saúde.[19]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria Municipal de Saúde de Marília conta com um quadro 339 ACSs, sendo 59,4% UBSs e 39,3% USFs. Há predomínio de mulheres (90,8%), jovens (idade média de 32,5 anos) e escolaridade média (86,1% com ensino médio concluído). O tempo médio de atuação na unidade de saúde como ACS era de 27 meses e o tempo de moradia no bairro, 13,8 anos.

O principal motivo para os ACSs buscarem essa atividade foi a falta de oportunidade de trabalho, ou seja, o desemprego. Embora poucos conhecessem quais seriam suas atribuições e atividades, trabalhar como ACS significava, também para alguns, a oportunidade de mudança de área de atuação e crescimento profissional. Além disso, foram referidas a vocação e a facilidade em trabalhar na área da saúde e lidar com famílias e pessoas, além de poder ajudá-las.

Os ACSs percebem-se como interlocutores entre a unidade de saúde e a comunidade, estreitando vínculos, levando o serviço de saúde para perto das pessoas e ampliando o acesso à unidade de saúde. Acreditam que, desse modo, conseguem ver, entender e ajudar a comunidade em suas necessidades e voltam-se especialmente para a satisfação das necessidades de saúde, por meio de orientações e troca de experiências. Reconhecem-se como educadores, o que lhes traz um sentimento de valorização e crescimento pessoal, já que consideram ter algo a oferecer à população.

Evidenciou-se, também, que, nesse contato, dada a precariedade de condições de vida da população (pobreza e desigualdade social) e a dificuldade em se encontrarem soluções, afloram ações "paternalistas", como o oferecimento de bens materiais, na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e suas próprias angústias diante dessas situações. Assim, manifestam preocupação com ações que não auxiliam no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e acabam sobrecarregando suas ações, deixando clara a falta de efetiva definição do seu papel.

Na articulação da motivação e do significado de ser ACS depreende-se a necessidade de investimento na capacitação para o exercício da profissão, considerando que há o reconhecimento da relevância do papel que exerce adiante da proposta de mudanças do atual modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2001.

2. Brasil. Lei n.10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 julho 2002. [Citado 2008 out. 20]. Disponível em: http:// www6.senado.gov.br/legislação/ListaPublicações.action?id-235057.

3. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador "sui generis": o agente comunitário de saúde [Citado 2008 nov. 20]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf.

4. Carvalho VLMA. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapecirica da Serra [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2002.

5. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6):1639-46.

6. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comumic Saúde Educ. 2002; 6(10):75-83.

7. São Paulo. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Relatório de gestão. Marília (SP): Secretaria Municipal de Higiene e Saúde; 2002.

8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.

9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.

10. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2005.

11. Ferraz L, Aerts DRGC. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. Saúde Debate. 2004; 28(66):68-74.

12. Torres ZF, Lopes BC. O ACS na equipe de Saúde da Família. Olho Mágico. 2003; 10(3):71-8.

13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: censo demográfico 2000. [internet]. [Citado 2004 ago. 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/universo.php.

14. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 459-74.

15. Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS, Anjos SDS, Almeida JF, Araujo CF, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde: analisando produção do cuidado no Programa Saúde da Família [resumo]. In: 12° Seminário de Iniciação Científica da UESC; 2006; Ilhéus. Anais eletrônicos. Ilhéus: UESC; 2006 [citado 2010 out. 8]. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/processo_de_trabalho_do_acs_-_analisando_a_producao_do_cuidado_vitoria_solange.pdf

16. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2005. p. 267-78.

17. Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores**.** Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2003. p. 169-96.

18. Tomaz JBC. O agente de saúde não deve ser um "super-herói". Interface Comunic Saúde Educ. 2002; 6(10):84-7.

19. Silveira MR, Sena RR. Diversidade de praticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família de Nova Contagem, Minas Gerais. REME Rev Min Enferm. 2005; 9(1):59-64.

Data de submissão: 7/7/2010
Data de aprovação: 25/11/2010

RISCO E PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE

PRESSURE ULCERS RISK AND PREVALENCE IN AN ADMISSIONS UNIT IN A BELO HORIZONE TEACHING HOSPITAL

RIESGO Y PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELO HORIZONTE

Maria Cecília Moreira Sales[1]
Eline Lima Borges[2]
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso[3]

RESUMO

Os objetivos com este artigo foram identificar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão dos pacientes internados na unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais, a prevalência de úlcera por pressão da referida unidade e classificar as úlceras por pressão quanto à localização e estadiamento. Trata-se de estudo descritivo transversal sobre o risco dos pacientes para desenvolvimento de UP e a prevalência desse agravo, desenvolvido em uma unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais. A amostra foi constituída por 16 pacientes, sendo aplicada a Escala de Braden para a identificação de risco para o desenvolvimento de UP e utilizado o cálculo da taxa de prevalência e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas. Os escores da Escala de Braden encontrados foram de 74,9% de pacientes sem nenhum risco, 6,3% com risco elevado e de 18,8% com risco muito elevado. Três pacientes apresentavam úlcera por pressão (prevalência de 18,8%). Quanto à classificação das úlceras por pressão, o maior percentual encontrado foi no estágio IV (58,9%), seguido do estágio II (23,5%). Os resultados apresentados indicam que a aplicação da Escala de Braden e o estudo da prevalência de UP em pacientes internados favorecem tomadas de decisões e direcionamento das intervenções de enfermagem de forma individualizada o mais precocemente possível.

Palavras-chave: Úlceras por Pressão; Fatores de Risco; Prevalência; Enfermagem.

ABSTRACT

This cross sectional descriptive study aims to identify the patients' risk of developing pressure ulcers (PU), to diagnose the occurrence of PU in the hospital unit, and to classify the PU according to location and staging. The 16 patients studied were admitted to a Medical-Surgical Clinic of a University Hospital in Minas Gerais. We employed the Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk. Calculation of the prevalence rate and the absolute and relative frequencies were used in describing the variables. The interpretation of the Braden Scale score indicated that 74.9% of the patients presented no risk, 6.3% had high-risk and 18.8% a very high risk of developing pressure ulcer. Three patients had PU (18.8% prevalence). Regarding the PU classification, the largest percentage was in stage IV (58.9%) followed by stage II (23.5%). The results demonstrate that the use of the Braden Scale and the study of the PU prevalence in patients help the decision making and nursing actions interventions earlier on in the process.

Key words: Pressure Ulcers; Risk Factors; Prevalence; Nursing.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar el riesgo de pacientes para desarrollar úlceras por presión (UP) , identificar su prevalencia y clasificarlas según su ubicación y estado. Se trata de un estudio transversal llevado a cabo en una unidad de la clínica médico-quirúrgica de un hospital universitario del Estado de Minas Gerais. La muestra estuvo constituida por 16 pacientes. Se utilizó la escala de Braden para identificar los factores de riesgo para el desarrollo de las UP y se calculó la tasa de prevalencia y frecuencias absolutas y relativas para describir las variables. Según la escala de Braden 74,9% de los pacientes no presentaba ningún riesgo, 6,3% riesgo alto y 18,8% riesgo muy alto. Tres pacientes tenían UP (18,8% de prevalencia). En cuanto a la clasificación de las UP el mayor porcentaje (58,9%) se observó en la fase IV y 23,5% en la fase II. Los resultados han demostrado que la escala de riesgo de Braden y el estudio de la prevalencia en los pacientes ingresados favorecen la toma de decisiones y ayudan a los enfermeros a actuar lo antes posible.

Palabras clave: Úlceras por Presión; Factores de Riesgo; Prevalencia; Enfermería.

[1] Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Sabará-MG. Estomaterapeuta pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).
[2] Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Mestre e doutora em Enfermagem. Professora adjunta da EEUFMG.
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Ddoutora em Ciências da Saúde. Professora adjunta da EEUFMG.
Endereço para correspondência – Escola de Enfermagem da UFMG. *Campus* da Saúde. Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 216. CEP 30130.100. Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3409-9177. E-mail: eborges@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente hospitalizado não depende unicamente dos avanços tecnológicos e científicos, mas, principalmente, da utilização do conhecimento dos profissionais que o assistem, em especial a equipe de enfermagem.[1] Um dos desafios da equipe de enfermagem diante do paciente hospitalizado refere-se à prevenção das úlceras por pressão (UPs), bem como ao cuidado daqueles acometidos por esse agravo. As UPs sempre demandaram grande preocupação aos serviços de saúde, quer pela elevada incidência, prevalência e diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas demandadas, quer pelo aumento da mortalidade, morbidade e custos delas provenientes.[2]

Úlceras por pressão são definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como "áreas localizadas de tecido necrótico que tendem a se desenvolver quando um tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado."[3] São agravos comuns que aumentam o risco de infecção, dificultam a recuperação, prolongam a internação, geram custo elevado e contribuem para o aumento da taxa de mortalidade.[4]

De acordo com o NPUAP, a prevalência em hospitais nos Estados Unidos varia de 3% a 14%, aumentando para 15% a 25% em casas de repouso.[5] No Brasil, não existe uma estatística precisa quanto ao número de indivíduos acometidos por UP. As informações mais frequentes, referentes à incidência e à prevalência desse agravo são de pacientes internados em unidades de terapia intensiva e em pacientes idosos e institucionalizados.[6]

A literatura[7-9] aponta para a magnitude das consequências da úlcera por pressão, seja em termos de sofrimento humano, seja em termos econômicos, despertando a atenção não somente de estudiosos, pesquisadores ou profissionais, mas também de órgãos governamentais ligados à saúde. Ressalte-se que a prevenção e o tratamento das úlceras por pressão têm tido prioridade no desenvolvimento de políticas que orientam a prática fundamentada em bases científicas.

A etiopatogenia para o desenvolvimento das UPs se dá com base em determinantes etiológicos críticos, como a intensidade e a duração da pressão agregados à tolerância dos tecidos para suportarem determinada pressão.[10] Outros fatores de risco para o desenvolvimento de UP são percepção sensorial, mobilidade e atividade comprometida, assim como os fatores de redução da tolerância tissular, que se dividem em extrínsecos, como pressão, fricção, cisalhamento e umidade, e os intrínsecos, como a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares.[5]

As áreas mais prováveis de desenvolvimento de UP são aquelas susceptíveis à distribuição desigual de peso ou aquelas com excesso de pressão. Os locais mais frequentes são: sacro, ísquio, trocânter, cotovelo, calcâneo, escápula, occipital, esterno, costelas, crista ilíaca, patela e maléolos. Ressalte-se que, dada a maior concentração de proeminências ósseas e distribuição desigual de peso, especialmente em indivíduos cadeirantes, a maior parte dessas úlceras ocorre na parte inferior do corpo.[7]

A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da úlcera é a primeira medida a ser adotada para a prevenção da lesão. Deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos a cada 48 horas, ou quando ocorrer alteração em suas condições de saúde, principalmente em pacientes criticamente enfermos que apresentam grande número de fatores de risco.[11]

O instrumento de avaliação do risco mais extensivamente testado e utilizado é a Escala de Braden, um instrumento eficaz no auxílio ao enfermeiro quando em processo de decisão das medidas preventivas que devem ser adotadas, de acordo com o risco de cada paciente.[11]

A Escala de Braden é um instrumento norte-americano de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, que foi traduzida e validada no Brasil em 1999.[12] É composta por seis subescalas, também chamadas de domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Desses domínios, três medem determinantes clínicos da exposição do paciente à pressão prolongada e intensa: percepção sensorial, atividade e mobilidade e três aferem fatores que interferem na capacidade do tecido de suportar o excesso de pressão: umidade, fricção, nutrição e cisalhamento.[10] Cada um dos domínios da escala tem uma especificação quantitativa padronizada das condições do paciente, com variações de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação vai de 1 a 3. A somatória da pontuação nos seis domínios pode variar de 6 a 23.[13] Após a aplicação da escala de risco, é realizada a análise do total de pontos obtidos por cada cliente, sendo que quanto menor a pontuação, maior o risco de desenvolver ou agravar a úlcera por pressão.

O risco do paciente para desenvolver UP é classificado por níveis de risco, considerando a somatória dos escores ou escore total, que se classificam em: em risco – pacientes adultos com escores de 15 a 16 ou pacientes idosos com escores de 17 a 18; risco moderado – pacientes com escores de 13 a 14; risco alto ou elevado – pacientes com escores iguais e entre 10 e 12; e risco muito elevado – pacientes com escores iguais ou menores que 9.[14]

A prevenção da UP representa, sem dúvida, o mais eficiente método disponível para minimizar sua ocorrência.

Em 2007, os membros do NPUAP reuniram-se com o objetivo de revisar a classificação do estadiamento das UPs, tendo sido acrescentada a expressão: "suspeita de lesão tissular profunda." A nova classificação[15] encontra-se descrita a seguir.

A **suspeita de lesão tissular profunda** é caracterizada por área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, decorrente de dano no tecido mole, por causa de pressão, cisalhamento ou ambos. A área pode ser precedida por um tecido que se

apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. Como descrição adicional, propôs-se que a lesão tissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. Sua evolução pode incluir uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara. A evolução pode ser rápida, com exposição de camadas tissulares adicionais, mesmo com tratamento adequado.

O **estágio I** é caracterizado pela pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível, podendo sua cor diferir da pele ao redor. Como descrição adicional, sugeriu-se que a área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidade escura, podendo indicar um sinal precursor de risco.

O **estágio II** é caracterizado pela perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho-pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se, ainda, como uma bolha (preenchida com exsudato seroso) intacta ou aberta/rompida. Como descrição adicional, propôs-se que neste estágio a lesão apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxeamento (aspecto de equimose). Esse estágio não deve ser usado para descrever *skin tears*, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriações.

O **estágio III** é caracterizado pela perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis. Como descrição adicional, propôs-se que a profundidade da úlcera nesse estágio varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas nesse estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão no estágio III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.

O **estágio IV** é caracterizado perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. Como descrição adicional, propôs-se que a profundidade da úlcera por pressão nesse estágio varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas nesse estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.

As úlceras que não podem ser classificadas como as lesões com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (tecido necrótico amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (tecido necrótico marrom, castanha ou negra) no leito da lesão. Como descrição adicional considera-se que a verdadeira profundidade e, portanto, o estágio da úlcera não pode ser determinado até que suficiente esfacelo e/ou escara seja removido(a) para expor a base da úlcera. Escara estável, com as características seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação localizada nos calcâneos serve como "cobertura natural (biológica) corporal" e não deve ser removida.

As diretrizes para o tratamento da UP destacam que as instituições preocupadas com o cuidado da saúde são responsáveis pelo desenvolvimento e pela implementação de programas educacionais destinados a traduzir o conhecimento sobre esse agravo em estratégias eficazes de tratamento. Enfatizam que os programas de educação deveriam incluir informações relacionadas à prevenção e ao tratamento, avaliação de danos dos tecidos e monitorização dos resultados.[8]

O enfermeiro, principalmente o enfermeiro estomaterapeuta, por ser referência no cuidado a pacientes com feridas, incontinências, cateteres, drenos e estomias, deve proporcionar um cuidado clínico mais atento às reais necessidades desse cuidado. A enfermagem clínica é direcionada a todas as clientelas, pois comporta todas as diretrizes e objetivos para assistir a pessoa e proporcionar o bem-estar do ser humano, uma vez que detecta complicações, evita ações centradas somente no agravo, preocupando-se em sentir, intuir, ir além do intelectual, ou seja, ir além da doença e suas causas.[16]

Considerando-se a gravidade da ocorrência de UP em pacientes hospitalizados, observa-se que ainda são escassos os programas de prevenção. Observa-se, também, que os fatores de risco para essas lesões são pouco valorizados pela equipe de saúde.

No hospital campo de estudo, não há registros documentados da ocorrência de UP e, apesar da existência de protocolos de prevenção e tratamento em todos os setores de internação, estes são pouco utilizados na implementação do cuidado. Dessa forma, com este trabalho, tem-se o intuito de contribuir com dados e informações sobre a ocorrência de UP, visando subsidiar outras pesquisas e instrumentalizar os profissionais para um melhor enfrentamento deste agravo.

OBJETIVOS

- Identificar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão dos pacientes internados na unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Minas Gerais.
- Identificar a prevalência de úlceras por pressão na referida unidade.
- Classificar as úlceras por pressão quanto à localização e estadiamento.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Estudo com abordagem descritiva transversal sobre o risco dos pacientes para desenvolvimento de UP e a prevalência desse agravo.

Local

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um hospital universitário público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

A unidade selecionada para o estudo comporta 19 leitos, distribuídos em 7 enfermarias. Os pacientes são encaminhados do pronto atendimento, unidade de terapia intensiva ou bloco cirúrgico para o tratamento de patologias cardiológicas, respiratórias, ginecológicas ou neoplásicas.

População e amostra

No dia da coleta de dados, a unidade de internação contava com três leitos vagos, perfazendo um total de 16 pacientes internados. Todos atenderam aos critérios de inclusão, uma vez que eram maiores de 18 anos e concordaram em participar do estudo. Por conseguinte, a amostra foi composta por 16 pacientes.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras, com o auxílio de quatro discentes e duas professoras do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Área de Concentração Estomaterapia –, no dia 25 de novembro de 2008. A pesquisadora e a equipe colaboradora foram submetidas a treinamento prévio, ministrado por uma docente pesquisadora e referência na área de prevenção e tratamento de UP. O processo incluiu abordagem teórico-prática sobre a avaliação sistemática de risco para o desenvolvimento das UPs, com a utilização da Escala de Braden, e sobre as UPs propriamente ditas.

O paciente foi devidamente esclarecido quanto aos objetivos, justificativas e importância da pesquisa. A coleta dos dados incluiu consulta aos prontuários dos pacientes, anamnese e exame físico da pele, visando identificar o risco para o desenvolvimento de UP e/ou presença de lesão.

Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento composto de quatro etapas. A primeira, para a obtenção de dados sociodemográficos (idade, sexo e cor da pele); a segunda, para a obtenção dos dados clínicos (diagnóstico principal, peso e estatura) e outros dados referentes à internação (tempo e internação na Unidade de Terapia Intensiva – UTI); a terceira, para a avaliação do risco dos pacientes mediante a Escala de Braden; e a quarta, para obtenção das características das úlceras por pressão quando presentes (número, localização, estadiamento).

Em relação ao estadiamento da UP, foi utilizada a classificação de estágio I a IV, estabelecida pela NPUAP[17] em 1989. Esta, como foi referido, foi revisada em 2007, quando ocorreram mudanças nas descrições das lesões de estágios I e II e a inclusão de "suspeita de lesão tissular profunda."[3] Isso se deve ao fato de que o projeto de pesquisa do qual este estudo faz parte foi aprovado antes da publicação da revisão da classificação. Para a definição da localização da UP foi utilizado o esquema de divisão corporal referente à frequência de ulcerações por local.

- **Variáveis demográficas:** idade, sexo, cor da pele (branco, pardo, preto e outro), peso, estatura e índice de massa corporal (IMC).
- **Variáveis epidemiológicas:** tempo de internação, diagnóstico médico registrado no prontuário e ocorrência ou não de internação na unidade de terapia intensiva.
- **Variáveis referentes ao risco de UP:** seis parâmetros da Escala de Braden – percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e/ou cisalhamento.
- **Variáveis relacionadas à UP:** presença de úlcera por pressão e caracterização desta quanto à localização e ao estadiamento.

Tratamento dos dados

Os dados coletados foram registrados em uma planilha do aplicativo Microsoft Excel, versão Windows 98, utilizando a técnica de dupla digitação. Posteriormente, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5, para a análise estatística, sendo utilizado o cálculo da taxa de prevalência e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas.

Aspectos éticos

Este trabalho faz parte de uma pesquisa proposta por professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), com o objetivo de identificar a prevalência de UP em todos os setores de um hospital público e de alta complexidade. O projeto foi aprovado conforme normatização nº 196/96, do Ministério da Saúde, sob o Parecer nº ETIIC 150/05, do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG.

A coleta de dados foi precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pacientes que aceitaram participar da pesquisa, que lhes garantia a preservação da identidade. No TCLE, os informantes conferiram às pesquisadoras o direito de utilizar as informações obtidas no trabalho.

Uma via desse termo foi entregue a cada paciente e outra permaneceu com a pesquisadora. A pesquisa não implicou riscos para os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados, seguindo-se a sequência: características demográficas, epidemiológicas e clínicas; risco para o desenvolvimento de UP; prevalência de UP; e avaliação dos pacientes com UP.

A distribuição dos pacientes quanto ao sexo está apresentada na TAB. 1:

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes do estudo, de acordo com sexo e faixa etária – Belo Horizonte – 2008

Sexo dos pacientes	n	%
Feminino	9	56,3
Masculino	7	43,7
TOTAL	**16**	**100**

Quanto à cor da pele, houve predominância da cor branca em 50% dos pacientes, seguida de 37,5% para a parda e 12,5% para a preta. Estudo sobre a prevalência de UP em um hospital universitário da cidade de São Paulo teve em sua amostra a maioria do sexo feminino (55,92%) e de etnia branca (78,43%).[18]

A distribuição dos pacientes segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) está descrito na TAB. 2, sendo que o IMC mínimo encontrado foi 18,4 e o máximo, 31,4 Kg/m^2.

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo do estudo, conforme os intervalos de IMC – Belo Horizonte – 2008

Intervalos IMC	n	%
< 18,5 – desnutrido	1	6,3
18,5-24,9 – peso normal	9	56,2
25-29,9 – sobrepeso	4	25,0
30-34,9 – obesidade classe 1	2	12,5
TOTAL	**16**	**100**

A nutrição inadequada ou má nutrição constituem aspectos relevantes na etiologia das úlceras por pressão.[19] No entanto, não se pode esquecer de que obesidade ou sobrepeso também são fatores de risco para o desenvolvimento desse agravo.[20]

Quanto às causas da internação, dado o grande número de diagnósticos médicos apresentados por paciente, estes foram agrupados de acordo com as diversas especialidades. Os diagnósticos mais frequentes foram patologias cardiocirculatórias (43,5%) e neoplasias (18,8%). Estudo sobre fatores de risco para UP em uma unidade de terapia intensiva corrobora esse dado, uma vez que, nesse estudo, as doenças cardíacas estão entre os três agravos mais frequentes.[21] Na TAB. 3, é apresentada a distribuição dos pacientes segundo a causa da internação:

TABELA 3 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo do estudo, segundo a causa da internação – Belo Horizonte – 2008

Causa da internação	n	%
Neoplasia	3	18,8
Doença do aparelho circulatório	7	43,5
Doença do aparelho respiratório	1	6,3
Doença do aparelho geniturinário	1	6,3
Doença do sistema renal	1	6,3
Doença do sistema osteomuscular	2	12,5
Doença hematológica	1	6,3
TOTAL	**16**	**100**

Dentre as causas de internações nos Estados Unidos, as mais comuns são as cardiovasculares e o acidente vascular encefálico (AVE), sendo que esta última configura-se como a terceira causa de morte e a principal causa de incapacidade permanente com um grande número de sequelas[1]. Ressalte-se que agravos como AVE, hipertensão arterial ou outras doenças crônicas podem afetar a capacidade perceptiva, a circulação sanguínea, a oxigenação e a mobilidade, favorecendo a formação de UP.

Quanto ao tempo de internação, no dia da coleta de dados, o maior tempo de internação foi de 11 dias (TAB. 4).

TABELA 4 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo do estudo, de acordo tempo de internação – Belo Horizonte – 2008

Dias de internação	n	%
De 2 a 6 dias	9	56,25
De 7 a 10 dias	4	25
≥ 11 dias	3	18,75
TOTAL	**16**	**100**

A variável "tempo de internação" foi considerada, uma vez que o tempo prolongado de internação está relacionado ao risco de desenvolvimento de UP.[22]

Ainda, em relação aos aspectos epidemiológicos, seis pacientes haviam permanecido na UTI (37,5%). Em trabalho sobre a ocorrência da UP em diferentes momentos do processo de internação concluiu-se que, durante a permanência na UTI, a frequência desse agravo é mais elevada.[23]

Quanto à variável "faixa etária", idades extremas são consideradas fator de risco para as UPs. Com o passar dos anos, as modificações ocorridas na pele e no tecido subcutâneo, bem como as alterações cardiocirculatórias ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas, podem precipitar mudanças na circulação do sangue, no nível de consciência e na oxigenação, prejudicando a cicatrização da pele e reduzindo sua resistência às lesões.[23] Na TAB. 5, são apresentados os valores encontrados na avaliação do risco dos pacientes utilizando-se a Escala de Braden, de acordo com a faixa etária:

TABELA 5 – Classificação do risco pela Escala de Braden dos pacientes internados no hospital campo do estudo, de acordo com a faixa etária – Belo Horizonte – 2008

Faixa etária	Classificação do risco	Pacientes	
		Nº	%
< 60 anos	Nenhum risco	12	74,9
	Risco alto ou elevado	1	6,3
	Risco muito elevado	2	12,5
≥ 60 anos	Nenhum risco	0	0,0
	Risco alto ou elevado	0	0,0
	Risco muito elevado	1	6,3
TOTAL		**16**	**100**

Constatou-se que quatro pacientes (25% da amostra) apresentavam risco para UP. Desses pacientes, 75% tinham risco alto ou elevado e 25% risco muito elevado.

Em estudo sobre incidência de UP em unidade de neurocirurgia,[24] identificou-se uma taxa de risco muito superior a este. Nesse estudo, 83,3% dos pacientes apresentavam risco para UP. Os autores, porém, não determinaram o grau de risco.

Apenas um paciente da amostra apresentava idade superior a 60 anos (6,25%), sendo que ele foi incluído no escore de "risco muito elevado" para desenvolvimento de UP.

A seguir, apresenta-se a distribuição dos subescores médios da Escala de Braden dos participantes do estudo (TAB. 6). Faz-se importante relembrar que essa escala tem sido a mais utilizada na prática clínica brasileira, dada sua maior sensibilidade e especificidade.[11]

TABELA 6 – Distribuição dos subescores médios da Escala de Braden dos pacientes internados no hospital campo do estudo – Belo Horizonte – 2008

Subescores médios	Total			
	n	%	n	%
Percepção sensorial			16	100
Completamente limitado	0	0,0		
Muito limitado	2	12,5		
Levemente limitado	1	6,3		
Nenhuma limitação	13	81,3		
Umidade			16	100
Constantemente úmida	2	12,5		
Muito úmida	1	6,3		
Ocasionalmente úmida	1	6,3		
Raramente úmida	12	74,9		
Atividade			16	100
Acamado	4	25,0		
Restrito à cadeira	0	0,0		
Caminha ocasionalmente	0	0,0		
Caminha frequentemente	12	74,9		
Mobilidade			16	100
Completamente imobilizado	3	18,8		
Muito limitado	1	6,3		
Levemente limitado	0	0,0		
Nenhuma limitação	12	74,9		
Nutrição			16	100
Muito pobre	1	6,3		
Provavelmente inadequado	3	18,8		
Adequado	4	25,0		
Excelente	8	49,8		
Fricção e cisalhamento			16	100
Problema	4	25,0		
Potencial para problema	0	0,0		
Nenhum problema aparente	12	76,9		

Observe-se que nenhum paciente apresentou completa limitação à avaliação pelo subescore da "percepção sensorial" e apenas dois pacientes (12,5%) se mostraram muito limitados quanto à "capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada com o desconforto".

No subescore "umidade", dois pacientes (12,5%) mantinham a pele constantemente úmida. Esse aspecto constitui risco para 0 desenvolvimento de UP, pois a umidade em excesso torna a pele mais fragilizada e mais susceptível ao atrito e à maceração.[6]

Para o subescore "atividade, observa-se que quatro pacientes encontravam-se acamados (25,0%) e 12 caminhavam frequentemente (74,9%). No subescore "mobilidade", três pacientes encontravam-se completamente imobilizados (18,8%), não realizando qualquer mudança na posição do corpo ou de extremidades sem ajuda. Além de complicações cutâneas e músculo esqueléticas, a imobilidade pode levar a pessoa a desenvolver complicações cardiovasculares e respiratórias, dentre outras.[25]

Em relação ao subescore "nutrição", oito pacientes apresentaram padrão de nutrição excelente (49,8%), seguido de quatro com padrão adequado (25,0%), três com padrão provavelmente inadequado (18,8%) e, por fim, um paciente com padrão alimentar muito pobre (6,3%). A desnutrição implica retardo na reepitelizacão, diminuição da síntese de colágeno e adesão celular, dentre outros agravantes, contribuindo, dessa forma, para o risco de lesões cutâneas e retardo no processo cicatricial.[4]

Nos subescores "fricção" e "cisalhamento", quatro pacientes apresentaram maior necessidade de assistência para movimentação (25,0%), visando até mesmo à preservação da pele e 12 não apresentaram essa necessidade (74,9%). Fricção e cisalhamento ocorrem pelo deslocamento do tecido cutâneo, causado pela elevação da cabeceira da cama do paciente em ângulo maior que 30 graus, favorecendo seu deslizamento, podendo lesar tecidos, resultando em UP.[21]

O índice de prevalência de UP encontrado foi 18,8%, uma vez que dos 16 pacientes que participaram do estudo três apresentavam UP no momento da avaliação. Este achado é semelhante ao de estudo sobre prevalência de UP em pacientes de assistência domiciliária, todos dependentes de cuidadores, cuja prevalência foi de 19,1%.[26]

Enfatize-se que a escassez de dados sobre a prevalência de feridas em populações brasileiras dificulta comparações dos resultados. A maioria dos estudos obtidos tem o objetivo de identificar a prevalência de lesões de etiologia específica.

Em relação aos escores totais da Escala de Braden, na TAB. 7, é apresentada a distribuição dos pacientes com UP, considerando essa categorização.

Observa-se que os dois pacientes com risco muito elevado (escore ≤ 9) apresentaram UP e, dos dois com alto risco (escore 10-12), um desenvolveu UP.

TABELA 7 – Distribuição dos pacientes internados no hospital campo de estudo, em relação à categorização dos escores da Escala de Braden e a presença de UP – Belo Horizonte – 2008

Escore da Escala de Braden	Com UP	Sem UP	Total	
	nº	nº	nº	%
≤ 9	2	0	2	12,5
10-12	1	1	2	12,5
13-14	0	0	0	0,0
15-16	0	0	0	0,0
17-18	0	0	0	0,0
≥ 19	0	12	12	74,9
TOTAL	3	13	16	100

A distribuição dos subescores da Escala de Braden e a presença de UP estão apresentadas na TAB. 8.

Detectou-se que a umidade, a imobilidade e o cisalhamento estiveram sempre presentes, mesmo que em níveis variados. Autores de pesquisa sobre incidência de UP em um hospital universitário[27] observaram que a umidade e a percepção sensorial eram fatores presentes nos pacientes internados. Os autores concluíram que esses fatores contribuíram para o desenvolvimento de UP. Em estudo sobre avaliação clínica e epidemiológica das UPs em pacientes internados em um hospital geral de atenção terciária, a umidade também esteve presente em 59% dos pacientes com UP.[5] A umidade excessiva, provocada por incontinência urinária, anal ou simplesmente por perspiração, pode ser evitada diminuindo o intervalo de troca de roupas e aumentando o rigor na higienização e secagem após o banho do paciente.[28]

Quanto à imobilidade, esse fator foi identificado em estudo sobre a avaliação de protocolos de prevenção e tratamento de UP.[29] Os autores detectaram que os pacientes que apresentavam UP foram os que tiveram mais dias de imobilidade. Estudo sobre incidência de UP em dois hospitais e ações de enfermagem[18] também apresentou a mobilidade física prejudicada como fator de risco mais frequente. Ressalte-se que, na nossa casuística, dois pacientes apresentavam doença do sistema osteomuscular. É importante ressaltar que a equipe de enfermagem deve realizar mudança de posição do paciente a cada duas horas, favorecendo maior mobilidade dos pacientes.[28]

No que se refere ao cisalhamento, os achados deste estudo contrapõem-se aos achados de estudo realizado em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário.[11] As autoras observaram que a média dos subescores de fricção e cisalhamento nos pacientes que desenvolveram úlceras foi menor em relação a outros fatores. A prática da utilização de lençol móvel por duas pessoas para movimentar ou elevar o paciente diminui a fricção e o cisalhamento, reduzindo o risco para desenvolvimento de UP.

TABELA 8 – Distribuição dos subescores da Escala de Braden dos pacientes internados no hospital campo do estudo, segundo a ocorrência de UP – Belo Horizonte – 2008

Subescores médios	Com UP		Sem UP		Total	
	n	%	n	%	n	%
Percepção sensorial					16	100
Completamente limitado	0	0,0	0	0,0		
Muito limitado	2	12,5	0	0,0		
Levemente limitado	1	6,3	0	0,0		
Nenhuma limitação	0	0,0	13	81,3		
Umidade					16	100
Constantemente úmida	1	6,3	1	6,3		
Muito úmida	1	6,3	0	0,0		
Ocasionalmente úmida	1	6,3	0	0,0		
Raramente úmida	0	0,0	12	74,9		
Atividade					16	100
Acamado	3	18,8	1	6,3		
Restrito à cadeira	0	0,0	0	0,0		
Caminha ocasionalmente	0	0,0	0	0,0		
Caminha frequentemente	0	0,0	12	74,9		
Mobilidade					16	100
Completamente imobilizado	3	18,8	0	0,0		
Muito limitado	0	0,0	1	6,3		
Levemente limitado	0	0,0	0	0,0		
Nenhuma limitação	0	0,0	12	74,9		
Nutrição					16	100
Muito pobre	0	0,0	1	6,3		
Provavelmente inadequado	2	12,5	1	6,3		
Adequado	1	6,3	3	18,8		
Excelente	0	0,0	8	49,8		
Fricção e cisalhamento					16	100
Problema	3	18,8	1	6,3		
Potencial para problema	0	0,0	0	0,0		
Nenhum problema aparente	0	0,0	12	76,9		

Em relação à localização anatômica, as UPs acometem áreas onde há pressão sobre proeminências ósseas, ou seja, sacro, ísquio, trocânter, calcâneo, região occipital, dorso do pé, maléolo da tíbia e rótula.[30] A localização anatômica e o estágio das UPs detectadas encontram-se na TAB. 9. Destaque-se que 17 UPs foram identificadas em três dos pacientes que compunham a amostra deste estudo.

TABELA 9 – Distribuição das UPs dos pacientes internados no hospital campo do estudo, considerando a localização anatômica e o estágio da UP – Belo Horizonte – 2008

Localização anatômica	Estágios da UP				Total	
	I	II	III	IV	n	%
Orelha	0	1	0	0	1	5,9
Escápula	1	1	0	0	2	11,8
Dorsal	0	0	0	0	1	5,9
Cotovelo	0	1	0	0	1	5,9
Trocânter	0	0	0	4	4	23,5
Sacral	0	1	0	2	3	17,6
Calcâneo	0	0	0	3	3	17,6
Maléolo	1	0	0	1	2	11,8
TOTAL	3	4	0	10	17	100

A localização anatômica de maior frequência foi a região trocantérica (23,5%), seguida das regiões sacral e calcâneo (17,6%) e escápula e maléolo (11,8%). Quanto aos estágios da lesão, a maioria das UPs estava no estágio IV (58,9%), seguidas do estágio II (23,5%).

Estudos realizados em UTI de hospitais universitários do Brasil mostraram que as UPs têm maior frequência nas regiões calcânea e sacral e em estágios I e II .[31,32]

Os locais encontrados nesse estudo são aqueles de ocorrência mais frequente em pacientes com posicionamento no leito em decúbito dorsal e lateral. Percebe-se que são evidentes os benefícios da aplicação da escala de risco de Braden em pacientes internados, uma vez que esta identifica os pacientes em risco, permitindo a tomada de decisão e o direcionamento das intervenções de enfermagem de forma individualizada o mais precoce possível. Dentre as intervenções, encontram-se as medidas que visam reduzir a pressão nas proeminências ósseas e aumentar a tolerância tissular nos pacientes que apresentam risco para o desenvolvimento ou naqueles que já apresentam úlceras.

A diretriz para tratamento e prevenção de UP, elaborada pela Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society, preconiza diversas recomendações, como limpar e hidratar a pele após cada episódio de incontinência; evitar massagens vigorosas sobre as proeminências ósseas; utilizar lençóis ou outros utensílios para transferir ou virar os pacientes, para reduzir a fricção; manter

a cabeceira da cama até 30º, se a condição clínica do paciente permitir, a fim de evitar o cisalhamento; mudar o paciente de posição a cada 2-4 horas, quando houver associação com superfícies redutoras de pressão, ou a cada duas horas, quando não houver utilização de superfícies; utilizar superfícies de suporte em camas e cadeiras para reduzir a pressão; manter nutrição adequada.[4]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência demonstrou ser um recurso útil e prático no delineamento da situação dos pacientes com UP, uma vez que permite calcular a ocorrência das lesões em determinado período e lugar, bem como fornecer ferramentas para a implementação dos cuidados de enfermagem.

A avaliação de risco é uma ferramenta eficaz na prevenção de UP, e a literatura ressalta a importância desse tipo de instrumento para nortear as ações de enfermagem, no que diz respeito ao uso adequado e racional das medidas preventivas, à redução do tempo de internação hospitalar e dos custos com o tratamento e, sobretudo, do sofrimento dos pacientes.

No hospital campo do estudo, existe um Protocolo de Tratamento e Prevenção de Feridas, implantado em 2005. No entanto, a prevalência de 18,8% em uma unidade com 16 pacientes pode ser considerada alta quando se pensa na repercussão dessas lesões para o paciente e para a instituição. A prevenção é uma das ações fundamentais dos profissionais de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Paiva LC. Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 98 p.

2. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale of Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(3):305-13.

3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure ulcer prevalense, cost and risk assessment: consensus development conference statement. Decubitus. 1989; 2(2):24-8.

4. Maciel EAF. Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2008. 92 p.

5. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(2):182-7.

6. Silva MSLM, Garcia TR. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. Rev Bras Enferm. 1998; 51(4):615-28.

7. Fernandes LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa de literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2000. 168 p.

8. Rangel EML, Caliri MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 11(1):70-7.

9. Rabeh SAN, Caliri MHL. Úlceras de pressão: estratégia para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. Rev Paul Enferm. 2003; 22(3):307-14.

10. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. J Nurs Res. 1987; 36(4): 205-10.

11. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2008; 16(6):973-8.

12. Paranhos WY. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.

13. Chayamiti EMPC. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliária em um distrito de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004. 95 p.

14. Raclif CR, Bryant DE, Dutchen JÁ, McNichol L, Goldberg M. Guideline for prevention and the management of pressure ulcers. Glenview: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; 2003.

15. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP, 2007. [Cited 2008 Mar 18]. Available fron: <http://www.npuap.org/pr2.htm>

16. Medeiros ABF. Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 126 p.

17. Santos VLCG, Caliri MHL. Conceito e classificação de úlcera de pressão: atualização do NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. Rev Estima. 2007; 5(3):43-4.

18. Anselmi ML, Peduzzi M, França Junior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):257-64.

19. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. Rev Bras Enferm. 2005; 58(5):597-601.

20. Lise F, Silva LC. Prevenção da úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Acta Sci Health Sci. 2007; 29(2):85-9.

21. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. Rev Eletrônica Enferm. 2008; 10(3):733-46.

22. Moro A, Maurici A, Valle JB do, Zaclikevis VR, Kleinubing junir H. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(4): 300-4.

23. Cardoso MCS, Caliri MCS, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. REME Rev Min Enferm. 2004; 8(2):316-20.

24. Diccini S, Camaduro C, Iida LS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. Acta Paul Enferm. 2009; 22(2):205-9.

25. Silva MSML. Fatores de risco para úlceras de pressão em pacientes hospitalizados [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1998. 89 p.

26. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):29-34.

27. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(4):474-80.

28. Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Bennett A, Carlson CE, Frantz RA, et al. Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline Number 15, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Publication 95-0652 December ;1994.

29. Louro M, Ferreira M, Povoa P. Avaliação de protocolos de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Rev Bras Terapia Intensiva. 2007; 19(3):337-41.

30. Paiva LC. Úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal – RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Enfermagem; 2008.

31. Fernandes LM. Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2006.

32. Costa IG. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003. 150 p.

Data de submissão: 6/7/2010
Data de aprovação: 25/11/2010

OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO-ACUPUNTURISTA AO PACIENTE COM ANGINA ESTÁVEL: UMA RELAÇÃO RUMO À INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

ACUPUNCTURIST NURSE CARE TO THE PATIENT WITH STABLE ANGINA: A RELATIONSHIP TOWARDS AN INTEGRAL CARE

CUIDADOS DEL ENFERMERO ACUPUNTOR AL PACIENTE CON ANGINA ESTABLE: UNA RELACIÓN HACIA LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN

Maria Patrícia Costa Villela[1]
Maria Elizabeth Siqueira Lemos[2]

RESUMO

Uma das atribuições do enfermeiro é prestar assistência global ao paciente, com vista à promoção e à recuperação da saúde nas esferas física, mental e emocional. No tratamento da angina estável, essa abordagem é essencial. Sua terapêutica requer um cuidado amplo e contínuo na busca da estabilidade clínica e da melhora da qualidade de vida do paciente. A inserção da acupuntura, que reduz o estresse, a ansiedade e aumenta o bem-estar físico e emocional, é uma alternativa. Pesquisas científicas demonstram que sua ação no organismo induz a liberação de neurotransmissores que atuam no tônus vascular e nas doenças cardiovasculares, como a angina pectóris. O objetivo com este estudo foi identificar as relações da acupuntura com os cuidados do enfermeiro-acupunturista ao paciente com angina estável, buscando uma correlação entre o tratamento tradicional e complementar para essa patologia. Espera-se, também, contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro-acupunturista, sobre as novas perspectivas de tratamento da angina estável. Trata-se de uma revisão teórica realizada em bancos de dados do BVS, LILACS, SCIELO, BIREME e MEDLINE, com quinze artigos, sete livros, uma tese, quatro manuais e uma resolução. Em face dos resultados obtidos e da abordagem terapêutica integral da acupuntura, foi possível associá-la aos cuidados do enfermeiro no campo da integralidade da atenção. A inserção da acupuntura nos cuidados do enfermeiro requer capacitação para sua aplicação.

Palavras-chave: Angina Pectóris; Enfermagem; Terapia por Acupuntura; Terapias Complementares; Medicina Tradicional Chinesa.

ABSTRACT

One of the nurse's attributions is to give global assistance to the patient, having in mind the promotion and recovery of their physical, mental and emotional health. This approach is essential when treating stable angina pectoris. Its therapeutic requires a wide and continuous care that aims to maintain clinical stability and improve the patient's quality of life. An alternative is the use of acupuncture to reduce stress and anxiety and to increase emotional and physical well-being. Scientific researches demonstrate that this therapy encourages the release of neurotransmitters that act in the vascular tone and cardiovascular illnesses such as angina pectoris. This study tries to identify the relationship between the acupuncture practiced by an acupuncturist nurse and the patient with stable angina and attempts an association between the traditional and complementary treatments to this pathology. It also aims to make a contribution to the discussion and reflection of health professionals specially the acupuncturist nurses, about the perspectives of the new treatment to the stable angina. It is a theoretical review paper performed on BVS, LILACS, SCIELO, BIREME and MEDLINE, with fifteen articles, seven books, a thesis, four manuals and a resolution. According to the obtained results and the acupuncture integral therapeutic approach, it was possible to associate this treatment to the nursing care in the field of the integral medical care. Introducing acupuncture therapy into the nursing care requires qualification.

Key words: Angina Pectoris; Nursing; Acupuncture Therapy; Complementary Therapies; Traditional Chinese Medicine.

[1] Bacharel em Comunicação Social pela Faculdade Newton Paiva. Acupunturista. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix. Especializada em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva para Enfermeiros pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

[2] Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Psicóloga pela UFMG. Professora adjunta do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix.

Endereço para correspondência: Rua dos Otoni, 909, sala 903, Santa Efigênia, Ed. Medcenter, CEP. 30.150.270. Tel.: (31)9191-7372 Cons. (31)3273-0500. E-mail: curaoriental@yahoo.com.br.

RESUMEN

Una de las atribuciones del enfermero es ofrecer atención integral al paciente con el objeto de promover y recuperar su salud física, mental y emocional. Tal enfoque es esencial en el tratamiento de la angina estable. Su terapéutica exige cuidados amplios y continuos con miras a mantener la estabilidad clínica y mejorar la calidad de vida del paciente. La inserción de la acupuntura, que disminuye el estrés y la ansiedad y aumenta el bienestar físico y emocional, es una alternativa. Investigaciones científicas demuestran que su acción sobre el organismo induce a la liberación de neurotransmisores que actúan en el sistema cardiovascular y en enfermedades como la angina de pecho. El objetivo de este trabajo ha sido identificar las relaciones de la acupuntura con los cuidados del enfermero acupuntor al paciente con angina estable, buscando la relación entre el tratamiento tradicional y el complementario para esta patología. Además, se espera contribuir a la reflexión de los profesionales de salud, en especial del enfermero acupuntor, sobre las nuevas perspectivas del tratamiento de la angina estable. Se trata de una revisión teórica de quince artículos, siete libros, una tesina, cuatro manuales y una resolución realizada en bancos de datos de BVS, LILACS, SCIELO, BIREME y MEDLINE. Como consecuencia de los resultados obtenidos y del enfoque terapéutico integral de la acupuntura, se la ha podido asociar a los cuidados del enfermero en el campo de la integralidad de la atención. Se requiere capacitación para aplicar la acupuntura dentro de los cuidados del enfermero.

Palabras clave: Angina de Pecho; Enfermería; Terapia por Acupuntura; Terapias Complementarias; Medicina Tradicional China.

INTRODUÇÃO

A angina pectóris é conceituada na medicina ocidental como uma síndrome clínica caracterizada por dor ou pressão causada por fluxo sanguíneo insuficiente ao coração. Geralmente, está relacionada à presença de obstrução aterosclerótica no sistema coronariano que, em resposta ao esforço físico ou ao estresse emocional, provoca déficit do suprimento sanguíneo e, portanto, de oxigênio ao músculo cardíaco. Possui critérios de diferenciação em estável e instável. Neste trabalho, nos deteremos na angina estável, considerada crônica. Relaciona-se à presença de placa fixa nas artérias, é desencadeada aos esforços quando a demanda de oxigênio aumenta, piora de forma gradual, dura em média cinco minutos e melhora com repouso e com o uso de nitratos.[1]

Na medicina tradicional chinesa (MTC), é chamada de "dor do coração verdadeiro", não possuindo esse critério de diferenciação em estável e instável, conforme os parâmetros ocidentais. É classificada como *Yang do coração deficiente* ou *Energia e sangue do coração estagnante*; a primeira no sentido de falta de energia do órgão coração e a segunda, como presença de obstrução (mucosidade) no sistema coração (vasos e músculo cardíaco) de acordo com os conceitos chineses de doenças.[2,3]

A abordagem terapêutica do enfermeiro ao paciente portador de angina deve ser ampla e não se restringir aos cuidados primários relativos à terapia medicamentosa e aos fatores de agravamento da doença. Visa ampliar o foco de atenção ao doente no contexto de sua doença para propiciar a estabilidade clínica e a melhora da qualidade de vida, por meio da inserção de métodos terapêuticos que reduzam o estresse e a ansiedade e aumentem seu bem estar físico e emocional.[1,4]

Como enfermeira acupunturista, há aproximadamente um ano, atendi uma paciente com angina pectóris estável. Ao longo das 20 aplicações de acupuntura, seu quadro clínico apresentou evolução positiva. Conseguiu reduzir a medicação e voltar às suas atividades diárias, nas quais incluiu a hidroginástica. Relatou-me, durante o tratamento, que voltara a subir as escadas de sua residência sem sentir dores no peito, que conseguia executar a tarefa de bater bolos, afazer doméstico que já havia abandonado em face do aumento das dores sentidas no coração quando se predispunha a executar tal função. Além disso, outro fato que chamou minha atenção foi o relato dessa paciente quanto à sensação de bem-estar e sentimento de alegria que a inundara desde que se submetera ao tratamento por acupuntura.

Diante da experiência relatada neste estudo, surgiu a necessidade de se aprofundar em estudos teóricos sobre o tema em questionamentos tais como: Como a MTC explica a angina? Existem estudos científicos sobre a aplicação da acupuntura ao paciente anginoso? Quais são os cuidados de enfermagem ao paciente portador de angina estável e como associar estes cuidados à terapêutica da MTC? Como a acupuntura age sobre os vasos do coração?

Neste estudo, parte-se do pressuposto de que a ação da acupuntura no organismo atuaria na síntese endógena de vasodilatadores e que, por conseguinte, poderia ter algum efeito sobre o sistema cardiovascular. A necessidade de identificar as relações dessa prática com os cuidados do enfermeiro ao paciente com angina estável deu origem a este trabalho.

A gestão das ações de enfermagem deve configurar-se no campo da integralidade do cuidado, por meio do desenvolvimento de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, conforme preconizam as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).[5]

Embora a acupuntura ainda esteja em processo de regulamentação no Brasil, autores relatam que as práticas integrativas e complementares, entre elas a acupuntura, foram aprovadas pela Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde,[6] e por meio da Resolução nº 197, de 19 de março de 1997, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),[7] a acupuntura foi reconhecida como especialidade e/ou

qualificação do profissional de enfermagem. Portanto, é facultado ao enfermeiro adotar essa prática para prestar uma assistência mais humanizada, de modo a assegurar a totalidade da atenção.[8] Nesse contexto, cabe versar sobre a importância da participação atenta da enfermagem no processo de regulamentação legal do exercício da acupuntura, com o intuito de garantir o reconhecimento do seu Conselho à sua prática, a qual não se limita a nenhuma categoria profissional em detrimento de outras.[9]

O contato dos profissionais de saúde com a MTC levou-os à necessidade de aprofundar seus estudos e instituir pesquisas para buscar evidências e comprovações da eficácia das terapias orientais.[10] Pesquisas realizadas demonstraram que a ação da acupuntura no organismo induz a liberação de mediadores químicos como serotonina, acetilcolina, dentre outros, e parece estar relacionada à ativação endógena do óxido nítrico (NO), vasodilatador que atua na regulação do tônus vascular e, por conseguinte, nas doenças cardiovasculares, como a angina e o infarto do miocárdio.[10-12]

A acupuntura harmoniza o funcionamento geral do organismo e, ao promover o atendimento integral, evidencia que a concepção ampla de cuidados na enfermagem é consistente com as propostas dessa prática. O objetivo com este estudo foi identificar as relações da acupuntura com os cuidados do enfermeiro-acupunturista ao paciente com angina estável, buscando uma correlação entre o tratamento tradicional e o complementar, possíveis para essa patologia. Para tanto, realizou-se uma revisão teórica aprofundada para responder às questões formuladas e encontrar uma analogia com os cuidados de enfermagem. Espera-se também contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde, da enfermagem e, em especial, do enfermeiro-acupunturista sobre as novas perspectivas de tratamento da angina estável.

Neste trabalho, apresentam-se os preceitos fundamentais da MTC como referencial teórico e destaca-se o tratamento da angina pela terapêutica chinesa. A seguir, distinguem-se as evidências científicas da ação endógena da acupuntura e indica-se a associação dos cuidados do enfermeiro-acupunturista ao paciente anginoso estável.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão teórica que constou de pesquisa em acervo de biblioteca, artigos científicos de revistas especializadas e bases de dados científicos em Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências (LILACS), Scientific Eletronic Library on Line (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Medical Literature Analysis and Retrieved System On-line (MEDLINE). Foram selecionados vinte artigos científicos, no período de setembro de 2008 a maio de 2009, com publicações entre 1998 a março 2009, sete livros, uma tese, quatro manuais e uma resolução, nos idiomas português e inglês. Tal pesquisa se deu com base nos seguintes termos: angina pectóris, papel do enfermeiro, terapia por acupuntura, terapias complementares e medicina tradicional chinesa.

O material bibliográfico foi analisado pelo estudo dos resumos e discussões, com base nos quais foram selecionados os quinze artigos, os sete livros, a tese, os quatro manuais e a resolução. Alguns apresentavam abordagens relativas ao tema, apontavam definições e terapêuticas sobre a medicina tradicional chinesa, outros indicavam condutas de enfermagem diante do paciente anginoso e demonstravam pesquisas quanto à eficácia da acupuntura. Os demais artigos foram excluídos por não serem pertinentes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Preceitos fundamentais teóricos da medicina tradicional chinesa (MTC)

A MTC caracteriza-se por um sistema médico de tratamento integral. Pelo que consta na literatura, tem suas raízes na mitologia do pensamento taoísta e na China Antiga, há mais de 5 mil anos.[10] Dentre seus mecanismos terapêuticos, utiliza a acupuntura, a moxaterapia e as ervas chinesas. Os elementos de coleta de dados são a inspeção geral, especialmente a observação da face e da língua, ausculta, olfação, interrogatório, palpação e o exame do pulso. Como critério de intervenção diagnóstica, baseia-se em uma diferenciação de síndromes* para cada paciente, o que torna o tratamento único de acordo com seus princípios tradicionais de saberes.[3]

Os princípios básicos da MTC estão apoiados em uma estrutura constituída por teorias fundamentais conhecidas como *Yin* e *Yang*, cinco elementos, substâncias vitais e órgãos e vísceras. Além das teorias, é relevante conceituar meridianos e pontos de acupuntura. A compreensão desses pilares é essencial para o alcance de uma percepção geral sobre o pensamento chinês e para compreender as ações da acupuntura na abordagem da angina estável.[11]

Yin e *Yang*

Para a medicina chinesa, o Universo é composto por dois tipos de energia essenciais, opostos e complementares, que mantêm o equilíbrio dinâmico da natureza. A esses dois tipos de energias deu-se o nome de *Yin* e de *Yang*. O dia, a luz, o Sol, a energia e a atividade correspondem ao *Yang*; a noite, a escuridão, a Lua, a matéria e o descanso referem-se ao *Yin*. *Yin* e *Yang* representam polos cíclicos interdependentes, tal como o dia que cede lugar à noite e esta ao dia. As partes do corpo humano, as atividades

* A expressão "padrões de síndromes" refere-se à terminologia médica chinesa estabelecida para diagnosticar e traçar a terapêutica para uma determinada doença ou patologia. Cada doença diagnosticada corresponde a um padrão energético específico. No entanto, a conduta terapêutica deve ser individual e baseada em um diagnóstico diferencial, pois considera o paciente em sua singularidade. A palavra "padrão" dá ênfase às relações orgânicas, sendo a doença resultante das desarmonias.[10]

fisiológicas, as alterações patológicas e seu tratamento possuem analogias com o conceito de *Yin* ou de *Yang*. A estrutura material do corpo é *Yin*, enquanto a atividade funcional exercida por essa base material é *Yang*. O estado de saúde ou as doenças são resultantes do equilíbrio relativo ou do desequilíbrio entre o *Yin* e o *Yang*.[13]

Cinco elementos

Os cinco elementos são simbolizados pela madeira, pelo fogo, pela terra, pelo metal e pela água. Representam estados de transformação da natureza, associam-se às estações do ano e, metaforicamente, foram transpostos ao corpo humano para explicar-lhe a fisiologia, a anatomia e os fatores mentais/emocionais.[2] Todos os elementos estão interligados por meio de ciclos denominados geração, dominância (controle) e contradominância (lesão), que formam um círculo de influências recíprocas e permutas constantes para assegurar o equilíbrio na natureza, incluindo o organismo físico. A teoria dos cinco elementos aplicada à fisiologia retrata sinais e sintomas, por considerar, por exemplo, que um órgão com característica de dominância, se estiver em excesso, poderá sobrecarregar seu sucessor (órgão dominado), acarretando desequilíbrio no órgão afetado, já que tanto o excesso quanto a deficiência podem desencadear doenças.[13]

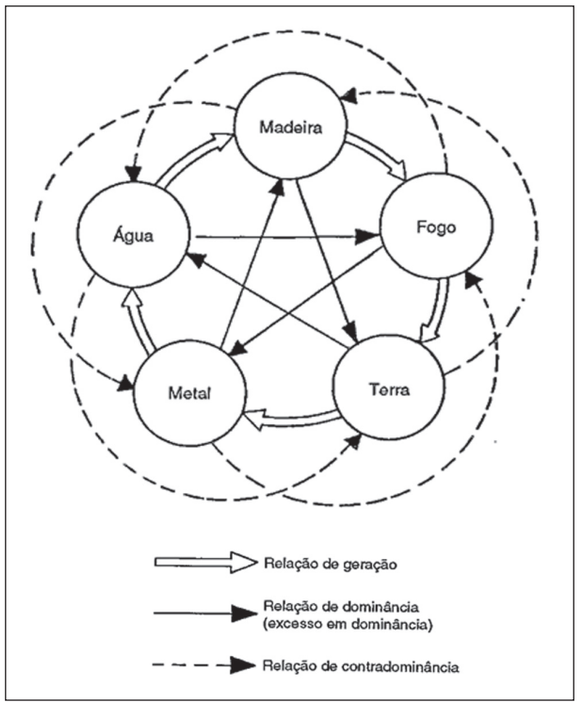

FIGURA 1 – Relação de geração, dominância e contra-dominância entre os cinco elementos: madeira, fogo, terra, metal e água.

Fonte: Wenbu Xi.[3:12] A madeira simboliza o fígado e a vesícula biliar; o fogo corresponde ao coração e ao intestino delgado; a terra ao baço-pâncreas; o metal relaciona-se ao pulmão e ao intestino grosso; a água, ao rim e à bexiga. No ciclo da geração, os elementos se nutrem sucessivamente. O ciclo do controle (dominância) assegura que o equilíbrio seja mantido. Já a sequência da contradominação ocorre no sentido inverso ao ciclo do controle. Acontece quando um elemento superdominado se volta contra seu controlador, causando lesão em sua função.

Substâncias vitais: *Qi, Shen, Jing, Xue* e *Jin Ye*

Os chineses concebem a fisiologia do corpo e da mente humana como resultante da interação de substâncias vitais, definidas como *Qi, Shen, Jing, Xue* e *Jin* Ye.[13]

O *Qi* significa força vital, éter e matéria-energia, dentre outros. É considerado como a substância fundamental constituinte do Universo, incluindo a vida humana e suas transformações. Nesse sentido, constitui a força vital formadora da forma física dos seres e a força motriz que ordena a atividade impulsionadora dessa forma física.[13]

Shen representa mente, espírito ou consciência e indica as atividades mentais, a consciência, o pensamento, a inteligência, a memória, as ideias e a sabedoria.

O termo *Jing* é traduzido como essência da vida por determinar a origem da vida e as características físicas. Possui significados como essência pré-natal, essência pós-natal adquirida e essência do rim, como sistema. Vale ressaltar que os rins, assim como todos os órgãos na MTC, são vistos como um sistema e não como um órgão independente.[2]

Xue significa sangue e todos os seus componentes: plasma, hemácias, leucócitos e plaquetas. É constituído pelas essências pré-natal e pós-natal adquiridas. A primeira essência origina-se no ato da concepção, forma a medula óssea, que produz o sangue. A segunda forma-se após o nascimento, pela nutrição. Cabe ao estômago e ao baço o processamento e a transformação dessa nutrição em sangue; ao coração e ao pulmão, o transporte desse sangue pelos vasos sanguíneos e meridianos.

Jin Ye engloba todos os líquidos existentes no corpo, intra e extracelulares.[13]

Órgãos e vísceras: *Zang Fu*

O sistema de órgãos e vísceras da MTC é conhecido por *Zang Fu.* Representa a integração dos fenômenos energéticos, funcionais, orgânicos e suas relações recíprocas, responsáveis pelas manifestações somáticas e psíquicas.[2]

Os órgãos são caracterizados como *Yin* por serem mais sólidos e internos. São: coração (*Xin*), pulmão (*Fei*), fígado (*Gan)*, baço-pâncreas (*Pi)*, pericárdio (*Xin Bao*) e rins (*Shen*). As vísceras (*Fu),* por serem tubulares, ocas e mais externas que os órgãos, apresentam características *Yang.* Correspondem à bexiga (*Pang guang*), à vesícula biliar (*Dan)*, ao estômago (*Wei*), ao intestino grosso (*Da Chang*), ao intestino delgado *(Xiao Chang*) e ao triplo aquecedor (*San jiao).* Este último é conhecido na medicina chinesa como um sistema *Yang* que abrange os três aquecedores, superior, médio e inferior, com suas características *Yin* e *Yang*. O aquecedor superior corresponde à região torácica acima do diafragma, incluindo o coração e os pulmões; o aquecedor médio situa-se na região epigástrica, envolvendo o baço/pâncreas e o estômago e o aquecedor inferior equivale à região abdominal abaixo do umbigo, englobando o fígado, os rins, a bexiga,

o intestino delgado e o intestino grosso.[3,13] Por ser o coração o sistema de maior interesse neste estudo, é importante enfatizar que é descrito como o *soberano dos sistemas internos* ou *imperador dos órgãos.* "Dentre suas funções, destacam-se governar o sangue *(Xue)* e os vasos sanguíneos".[3] Em termos de medicina ocidental, essas funções correspondem à manutenção dos batimentos cardíacos para movimentar e impulsionar a circulação do sangue pelo corpo através dos vasos sanguíneos.[13]

Meridianos e pontos de acupuntura

A acupuntura é uma das técnicas da MTC com vista à prevenção ou tratamento de doenças. Consiste na inserção de agulhas em pontos cutâneos específicos, conhecidos como pontos de acupuntura, os quais correspondem a meridianos próprios por onde circula a energia.[10]

Os meridianos são "canais de energia" distribuídos no corpo, à semelhança de uma rede nervosa. Formam caminhos que conectam todos os pontos de acupuntura, os órgãos, as vísceras, os membros e os tecidos. Cada órgão tem seu meridiano próprio e em cada meridiano existem vários pontos de acupuntura. O tratamento com acupuntura refere-se à estimulação desses pontos nos meridianos correspondentes. A terapêutica se propõe a promover a regulação das funções fisiológicas e restabelecer o equilíbrio energético global do organismo em seu âmbito físico, psíquico e energético, já que concebe o organismo constituído por matéria e energia. Quando a energia flui, há harmonia, equilíbrio e boa saúde. Se estiver em excesso, insuficiente ou estagnada em determinado local, gera desequilíbrios, que podem levar a enfermidades.

A literatura chinesa descreve quatorze meridianos: doze principais ligados aos órgãos e às vísceras e dois localizados na linha média do corpo, um que passa pela frente e outro, pelas costas, chamados "vaso concepção" e "vaso governador". O meridiano do coração inicia-se nas linhas médias axilares, segue pela parte interna dos membros superiores e termina na face interna do leito ungueal dos dedos mínimos.[13]

Todos os pilares da MTC estão interligados no campo prático das intervenções terapêuticas chinesas. A doutrina do *Yin* e do *Yang* relaciona-se à Teoria dos Cinco Elementos, que, por sua vez, se associa às substâncias vitais, e estas, aos órgãos e às vísceras, num complexo sistema de relacionamento recíproco. No contexto da angina estável, a explicação da fisiopatologia, a obtenção do diagnóstico diferencial e seu tratamento estão condicionados ao entendimento das teorias citadas, da concepção de meridianos e dos pontos de acupuntura que constituem o tema central do sistema médico integral chinês.

A ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA ANGINA PECTÓRIS ESTÁVEL

Os termos utilizados na MTC relativos à angina podem parecer estranhos à razão ocidental, por isso é necessário lembrar que a construção de parâmetros racionais entre as fisiopatologias chinesas e as abordagens médicas ocidentais não é muito fácil, dadas as diferenças entre o pensamento filosófico chinês e o pensar lógico ocidental. Assim, para identificar um elo entre a visão da angina pela ótica da MTC com a angina pectóris no modelo médico dominante, é preciso buscar a compreensão de suas teorias fundamentais, já citadas.[11]

Na ótica da medicina chinesa, a angina é chamada de "dor do coração verdadeiro". É causada pela disfunção do *Yang* do tórax/coração, obstrução por mucosidade e pela estagnação da energia e do sangue do sistema coração.[3]

De acordo com o *Tratado de Medicina Chinesa*,[3] entende-se por *disfunção (deficiência) do Yang do coração* a debilidade física, dada a doença crônica ou aguda que consome o *Yang* (aspecto energético) do corpo, ou, ainda, pelo enfraquecimento natural da energia do coração, pela idade ou deficiência congênita. Em virtude do enfraquecimento energético, os batimentos cardíacos tornam-se fracos, levando a palpitações, dificuldade de enchimento dos vasos sanguíneos, isquemia, respiração superficial, pulso fino (filiforme), fraco e dor no tórax em presença de esforço físico.

A *obstrução por mucosidade* é o segundo fator causador de angina. A MTC concebe a mucosidade como uma substância semelhante a excreções pegajosas e turvas, a exemplo do muco no sentido médico ocidental. Porém, é considerada mais espessa e pesada com capacidade para causar bloqueios e obstruções em várias partes do organismo, inclusive nos "orifícios do coração" (vasos e miocárdio). A mucosidade pode levar ao "quadro de plenitude (excesso) e opressão torácica, dor transfixiante do tipo punhalada, tensão cefálica, tosse e expectoração com catarro. O revestimento lingual é gorduroso e o pulso é tenso".[14]

A *estagnação de energia e do sangue do sistema coração,* terceira causa exposta, é secundária à síndrome da *deficiência do Yang (energia) do coração*. Em face da disfunção do *Yang* (fator energético), o coração ficará deficiente para impulsionar o sangue, o que ocasionará taquicardias, má circulação, estagnações e obstrução nos vasos sanguíneos, especialmente no coração. Como resultado da obstrução, haverá isquemia e o paciente experimentará opressão e dor torácica com irradiação pelo meridiano do coração. A má circulação e a estagnação do sangue fazem com que a língua fique púrpura com manchas escuras e o pulso fique intermitente (irregular)[3].

A fisiopatologia do *Yang do coração deficiente* está relacionada, como o próprio nome sugere, à fraqueza do coração em bombear o sangue, ao passo que o *sangue do coração estagnante* refere-se à estase e obstruções de sangue na circulação geral do corpo e especialmente no coração. Esse quadro se agrava quando há formação e *obstrução por mucosidade.* Cada um dos padrões energéticos dessas doenças reflete o estado de suficiência, insuficiência e grau de gravidade do distúrbio energético do coração. Manifestam-se por

sintomas e sinais apropriados diagnosticados segundo os critérios chineses de avaliação do paciente.[2]

Pesquisadores da Escola Paulista de Medicina abordam as causas energéticas envolvidas nas precordialgias, dentre elas na angina pectóris, e apontam seu esquema terapêutico. Os padrões de síndromes apontados são os mesmos encontrados na literatura de Ross e de Wenbu,[2,3] não obstante apresentar algumas variações quanto à terapêutica adotada e às denominações das síndromes [14].

Na fisiopatologia energética distinguem-se dois tipos de angina*: forma plenitude ou estagnação de Qi (energia) e de Xue (sangue) e a forma vazio – Yang com plenitude de frio*[14]. As duas formas de manifestação da angina podem desencadear retardo na circulação da energia e do sangue do coração (isquemia) em associação com formação de ateroma e espasmos do vasos do coração.

Para correlacionar a *forma vazio – Yang com plenitude de frio (Yang do coração deficiente)* à fisiopatologia da angina, é necessário retornar à Teoria dos Cinco Elementos. O estudo dessa teoria demonstra que os rins, em situações normais, exercem uma força de controle ao coração, no sentido de prestar assistência ou auxílio, ao lhe transferir energia *Yang* para assegurar seu equilíbrio. Já em situações patológicas, quando o sistema rins entra em carência energética por deficiência da energia *Yang,* perde sua capacidade de auxiliar e fica sujeito à penetração de uma energia conhecida como "energia perversa frio", que, por sua vez, poderá ser transmitida e instalar-se nos vasos sanguíneos do Coração.[14]

O coração (*Xin*) é um órgão de natureza "fogo" que requer constante energia para bombear o sangue. Se o sistema rim, seu controlador, entrar em deficiência, não conseguirá auxiliá-lo em sua atribuição. O coração ficará debilitado e ocorrerá redução na circulação sanguínea. A energia *Yang* aquece e mantém o "fogo" fisiológico do coração, logo, a falta de energia e de calor causará frio ao órgão. O frio provoca retração nos vasos sanguíneos, retardo na circulação de sangue e favorece a formação de ateroma, cujo resultado é a obstrução coronariana com subsequentes crises de angina. Os sinais e sintomas descritos são: edema e poliúria (uma das funções dos rins é controlar a água do corpo; se sua energia *Yang* estiver comprometida, não conseguirá exercer sua função); suor intenso (o *Yang* no corpo é que controla a abertura e fechamento dos poros; se fraco, faltará controle); extremidades frias (falta do *Yang* para aquecer); palpitação (causada pela redução do *Yang* do coração); cianose nos lábios e perda da consciência em função da deficiência da energia e do sangue (isquemia). Observa-se língua pálida, pulso profundo, fino e retardado, conforme avaliação pelos padrões da medicina chinesa. O tratamento baseia-se na técnica de moxabustão** e à punturação em pontos de acupuntura próprios, com o propósito de promover o aquecimento dos rins. O aquecimento propicia o retorno da energia *Yang* para fortalecer o coração. Os pontos específicos para o tratamento são seguidos de suas respectivas funções na fisiopatologia chinesa.[14]

A explicação da fisiopatologia energética da *forma plenitude ou estagnação de Qi (energia) e de Xue (sangue): sangue do coração estagnante* baseia-se, também, na Teoria dos Cinco Elementos pela interpretação dos Ciclos da Geração e do Controle. Envolve o fígado, o coração, o baço-pâncreas e os rins em estado de desarmonia causada pela plenitude do fígado sobre os demais (FIG. 1). O termo "plenitude" refere-se à condição de excesso, no sentido negativo, de um elemento sobre outro. Um dos fatores que contribuem para a plenitude do fígado são as emoções reprimidas, especialmente raiva, revolta, tensão, estresse mental e físico, que, se não forem resolvidas, podem evoluir para estagnação e bloqueios na circulação e no corpo[14].

A plenitude do fígado sobre o coração pode ser entendida pela análise da Sequência da Geração, em que o fígado é o gerador do coração, com a função, nessa sequência, de gerar, no sentido de nutrir, à semelhança da "mãe que gera o filho". Nas palavras de Maciocia, "o Fígado (*Gan*) é a mãe do Coração *(Xin)* – o Fígado Gan estoca o sangue (*Xue*) [...] Se o sangue (*Xue*) do Fígado (*Gan*) estiver debilitado, o Coração (*Xin*) sofrerá".[13] Entretanto, se essa nutrição for excessiva, causará sobrecarga energética ao coração pela sua plenitude, considerada nociva.

Situações dessa natureza prejudicam o coração e diminuem o fluxo sanguíneo, levando à isquemia cardíaca, que se manifesta por dor torácica com irradiação para o trajeto do meridiano do coração. A língua mostra-se púrpura, com pontos avermelhados, com ou sem margem lingual avermelhada. Os pulsos, segundo os critérios diagnósticos chineses, apresentam-se tensos e inconstantes, também denominados intermitentes (irregulares). Esse quadro pode ainda evoluir para o infarto agudo do miocárdio.[14]

A condição de excesso do fígado sobre o baço é explicada ao estudar a sequência do controle (dominância, auxílio) (FIG. 1). Nessa sequência, o fígado é o controlador do baço-pâncreas, este do rim, que por sua vez controla o coração. em situações fisiológicas, o sistema baço-pâncreas acoplado ao estômago é controlado pelo sistema fígado. Isso significa que o fígado é o controlador, no sentido de assistir o estômago a decompor e a digerir os alimentos, assim como "auxilia" o baço a transformar esses alimentos em nutrientes, sob a forma de essência nutricional [14]

Todavia, quando a função do fígado de controlar se torna desordenada ou excessiva, interfere negativamente no elemento que domina (baço-pâncreas), diminuindo sua capacidade funcional. Dessa forma, o baço-pâncreas e o estômago se tornarão insuficientes para exercer sua função energética relativa à transformação e transporte dos líquidos orgânicos. Como resultado, pode-se desenvolver o quadro de estagnação por mucosidade,

** Moxabustão é uma técnica da medicina chinesa que consiste na estimulação em pontos de acupuntura por meio da utilização de um bastão aquecido de uma erva conhecida como *Artemísia vulgaris.*[15]

fator patogênico na medicina chinesa relacionado à disfunção do sistema baço-pâncreas. "A mucosidade, por sua característica espessa e pesada, causa bloqueios e obstruções [...] nos vasos do coração".[14]

Por outro lado, ainda segundo a análise desta sequência, o baço-pâncreas insuficiente pelo excesso do fígado, além de propiciar a formação da mucosidade, favorece a debilidade do rim com consequente perda da força de sustentabilidade ao coração, já que essa função é conferida aos rins. Dessa forma, pelo prisma do Ciclo do Controle, um fígado em plenitude (excesso), pode levar à insuficiência do baço-pâncreas e do estômago que, por sua vez, leva à formação da mucosidade, e esta, à obstrução dos vasos coração.[13] O princípio de tratamento proposto para esta manifestação da angina é "harmonizar o Fígado, reforçar o Coração, tratar a estagnação torácica e a estagnação de Qi (Energia) e Xué (Sangue) através dos métodos de moxaterapia e acupuntura."[14]

Ross[2] acredita que a *Forma plenitude ou estagnação de Qi e de Xue* pode também ocorrer em razão da evolução da deficiência de *Yang* (energia) do coração, sem necessariamente envolver os ciclos de geração e controle. A deficiência da energia provoca déficit na força do coração para movimentar o sangue, condição que pode se agravar e progredir para estase do sangue, tanto no próprio órgão quanto na circulação sanguínea. Essa estagnação provoca dor e opressão na região do coração, que pode estar acompanhada de desconforto ao longo do meridiano do coração, e reflete as crises de dor da angina pectóris.

Como se percebe, o tratamento da angina pela ótica chinesa requer conhecimento e pesquisa a respeito dos conceitos teóricos e dos padrões de doenças que norteiam a prática clínica da MTC. Conforme exposto, a conduta terapêutica baseia-se em um diagnóstico diferencial de acordo com cada caso, o que demonstra que a abordagem envolverá um olhar específico e uma conduta diferenciada para cada paciente. É preciso, pois, nos dizeres dos expoentes desta prática oriental, buscar o equilíbrio energético não somente do coração, órgão onde se manifesta a dor, mas também dos outros órgãos desarmônicos envolvidos. Além disso, como a terapêutica preconiza o tratamento integral, é necessário trabalhar o campo emocional do paciente juntamente com o equilíbrio do organismo físico na busca do restabelecimento e da manutenção da saúde.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA AÇÃO ENDÓGENA DA ACUPUNTURA

Com a introdução da acupuntura no Ocidente, a forma de abordagem filosófica do pensamento chinês impeliu a comunidade científica ocidental a instituir pesquisas na busca de evidências e comprovações de seus efeitos terapêuticos.[15]

Evidenciou-se que o mecanismo de ação da acupuntura no organismo ocorre pelas vias do sistema nervoso autônomo. A estimulação nos pontos de acupuntura na periferia emite sinais que trafegam pela medula espinhal até o sistema nervoso central e retornam pela via eferente, produzindo reflexos orgânicos internos nos órgãos e nas vísceras. Essa atividade reflexa influencia o funcionamento interno ao provocar a liberação de mediadores químicos no organismo.[10] Estudos científicos revelam que a ação endógena da acupuntura induz a liberação de neurotransmissores, como serotonina, acetilcolina, betaendorfinas, substância P, dopamina, células fagocitárias e corticoides, dentre outros.[11]

Os efeitos da acupuntura foram demonstrados em várias doenças, dentre elas, na angina pectóris. Em um estudo, o tratamento por acupuntura foi comparado ao tratamento com comprimido placebo em 21 pacientes. Segundo a pesquisa, "o número médio de ataques de angina caiu, em 4 semanas, de 12 para 10,6 com os comprimidos de placebo e, 12 para 6,1 no período do tratamento por acupuntura".[10]

Outra investigação demonstrou resultados positivos em pacientes com angina estável tratados por acupuntura. Em um grupo foram inseridas agulhas em pontos reconhecidos de acupuntura e no outro, em pontos inespecíficos, porém nos mesmos segmentos corporais. Os resultados mostraram que os do primeiro grupo apresentaram uma redução no consumo de nitrato de gliceril (Isordil) e na frequência de ataques anginosos. Além disso, as crises de angina no primeiro grupo foram mais brandas do que as do segundo grupo.[16] Pela análise dos dados, percebe-se que a teoria dos pontos de acupuntura tem sua eficácia confirmada, já que os resultados positivos foram observados no grupo de pacientes tratados em pontos reais de acupuntura em detrimento daqueles que receberam agulhas em pontos inespecíficos. Outros estudos realizados indicam aumento da tolerância ao exercício e da redução do uso dos nitratos em decorrência do uso da acupuntura na angina.[17]

Ernest e White[10] colocam que há hipóteses de que a acupuntura pode reduzir o tônus simpático e que pode ser eficaz no tratamento da angina estável: "Parece possível que um vasodilatador seja liberado pela acupuntura ou que a dor possa ser aliviada [...], o que, por sua vez, leva ao tônus simpático reduzido."

Pesquisadores relataram melhora significativa na resistência ao exercício em pacientes com angina estável tratados com acupuntura e com combinação de ginseng (*Panax quinquefolium*), astrágalo (*Astragalus membranaceus*) e angélica (*Angelica sinensis*) em infusão intravenosa.[1,18,19]

Estudiosos da Universidade Federal de Belo Horizonte (UFMG) levantaram a hipótese de uma ligação entre a acupuntura e a liberação endógena de um neurotransmissor, o óxido nítrico (NO), cuja propriedade vasodilatadora atua na regulação do tônus vascular. Em uma pesquisa experimental realizada com roedores para mensurar a capacidade da acupuntura em inibir a dor, esses estudiosos sugeriram que a eletroacupuntura na frequência de 100 hertz, durante 20 minutos, no ponto E36, poderia induzir a ativação da via de síntese do NO,

com a ativação da L-arginina, aminoácido produzido no organismo necessário à síntese do NO[12]. O NO é um gás solúvel de radical livre encontrado na atmosfera e produzido pelas células endoteliais e por macrófagos, com função fisiológica dilatadora venosa e manutenção do fluxo sanguíneo. Na farmacologia é o princípio ativo dos nitratos (nitroglicerina e isossorbida) utilizados nas doenças cardiovasculares, como a angina e o infarto do miocárdio, para alívio dos sintomas dolorosos. O efeito da terapia antianginosa advém da venodilatação, redução da pós-carga e aumento da dilatação coronariana, o que melhora a perfusão do miocárdio e propicia analgesia pelo alívio imediato da dor. O rápido efeito vasodilatador dos nitratos ocorre 1 a 3 minutos após sua dissolução, sendo indicados, profilaticamente, para prevenir e abortar os ataques anginosos [10,20-22].

Os resultados da pesquisa na UFMG demonstraram que a inibição da dor foi promovida pela inserção de agulhas no ponto E36. Já a inserção de agulhas a 10 mm dos pontos reconhecidos de acupuntura não apresentou o resultado esperado. Os pesquisadores concluíram que a estimulação elétrica no ponto E36 parece servir como mediadora da antinocicepção (inibição da dor) ao atuar na síntese endógena do NO. Nesta pesquisa, indicou-se, também, a existência de pontos reais de acupuntura ao se demonstrar que os resultados favoráveis foram obtidos pela punturação nos locais próprios em meridianos, o mesmo não ocorrendo em pontos inespecíficos.[12]

Outros pesquisadores também apontam a ação da acupuntura elétrica transcutânea em pontos de acupuntura (*transcutaneal eletrical nerve stimulation* – TENS) no alívio dos sintomas dolorosos da angina pectóris.[23,24]

Em uma revisão da World Health Organization (WHO),[25] publicada pelo *Journal of Internal Medicine,* sobre as doenças que podem ser tratadas por acupuntura, estudiosos descreveram que pesquisas realizadas têm avaliado a ação dessa prática na dilatação das artérias coronarianas, cujos resultados comparam-se à injeção endovenosa de nitrato de isossorbida (Isordil) utilizado no tratamento da angina[26]. Observou-se que o efeito benéfico da acupuntura sobre o ventrículo esquerdo em pacientes com doenças coronarianas é mais eficaz do que o uso da nifedipina e do nitrato de isossorbida.[27]

Diante das revisões teóricas a respeito da MTC e dos resultados dos estudos com a utilização da acupuntura, passamos a discutir as convergências dessa prática com as propostas de cuidado do enfermeiro ao paciente que tem angina estável.

A ACUPUNTURA E OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO

No âmbito da totalidade do cuidado em enfermagem, a filosofia da MTC que contempla o cuidado integral ao paciente em seu processo saúde-doença encontra afinidade com a abordagem holística do papel cuidador do enfermeiro, cujo eixo norteador deve centrar-se na integralidade da atenção. É nesse campo que o enfermeiro pode associar terapias complementares, como a acupuntura, ao plano de cuidados de enfermagem, tendo em vista o benefício do paciente.[28]

Os resultados das investigações científicas no contexto prático da acupuntura demonstraram que essa modalidade de tratamento parece ser eficaz e segura, seja pelo seu efeito endógeno citado pelos pesquisadores, seja pelos padrões de doenças do método chinês voltados para a angina estável. Contudo, estudos apontam que a adoção da acupuntura requer um conhecimento das concepções chinesas sobre doenças, visto que as intervenções terapêuticas estão vinculadas à compreensão e à aplicação dos preceitos que constituem o fundamento teórico da MTC, bastante diferentes da medicina ocidental.[10]

Os conceitos, as bases e a filosofia chinesa parecem abstratos e simbólicos. O indivíduo é considerado em sua totalidade, na qual sinais e sintomas, doente e doença, corpo e mente se entrelaçam, formando um conjunto integrado.[2] A literatura chinesa identifica padrões de síndromes com diagnósticos diferenciados e propõe conjuntos de pontos de acupuntura específicos ao tratamento, porém amplia a terapêutica ao preconizar que tais pontos devem ser modificados para atender o paciente em seu universo singular, o que torna o tratamento único.[11] Essa forma de ver o doente se aproxima do método terapêutico baseado no cuidado amplo da enfermagem.

A conduta básica assistencial do enfermeiro ao paciente anginoso estável, mas em crise, orienta, além dos cuidados com a terapia medicamentosa e com o oxigênio, priorizar o controle ou o alívio da dor.[28] Deve ter como princípio norteador a própria prevenção da crise pela observação dos sinais e sintomas precipitadores da dor, pela monitorização dos dados vitais, da oximetria de pulso e da gasometria arterial, importantes para adequar a função respiratória à terapia com O^2 e estabilizar a função cardíaca.

É necessário avaliar o estado mental quanto ao desenvolvimento de confusão e desorientação, indicativos de piora. Deve-se atentar para as alterações do eletrocardiograma e avaliar os valores dos exames laboratoriais; oferecer apoio emocional para reduzir a ansiedade e o medo; promover a consciência do processo patológico pelo paciente, a compreensão do cuidado prescrito e a importância em aderir ao programa de autocuidado após estabilização do quadro clínico.[28] Outras atribuições são: enfatizar a necessidade de avaliação periódica com o médico para reduzir riscos de complicações futuras; ensinar o uso correto da medicação prescrita; ressaltar a importância em adotar uma dieta balanceada hipocalórica e hipossódica como prevenção; proporcionar auxílio e sugerir mudanças no estilo e no hábito de vida para limitar os ataques futuros, aumentar a estabilidade cardíaca e prevenir as complicações do miocárdio.[28]

Cabe salientar que esses cuidados se restringem, geralmente, à permanência do paciente no hospital, às orientações relativas à aderência ao tratamento pós-alta,

ou, ainda, ao atendimento nos demais serviços de saúde que não aderiram às práticas integrativas, como a acupuntura, recomendadas pelo Ministério da Saúde.[5]

A ampliação da formação do enfermeiro para o contexto da acupuntura permite o acompanhamento contínuo ao incorporar a terapêutica chinesa que preconiza a assistência integral. Ao trabalhar com a acupuntura em unidades de saúde que utilizam métodos não alopáticos, o enfermeiro terá maiores oportunidades de promover o cuidado frequente ao paciente, uma vez que o acompanhará continuadamente nas sessões de acupuntura, cuidado que se estenderá além dos limites do tratamento na fase aguda da doença; terá a oportunidade de estimulá-lo a relatar os sintomas de dor no peito, sua intensidade, duração e frequência, assim como cansaço e falta de ar, sentidos em sua vida diária, o que lhe permitirá estar atento para intervir preventivamente antes que tais sintomas evoluam para a piora do quadro clínico.[7] Poderá também, por estar mais próximo ao paciente e atendê-lo sistematicamente, indicar consultas médicas para a avaliação do estado geral de saúde e da estabilidade clínica. É importante que esse profissional mantenha contato com o médico e com sua equipe de trabalho para gerar uma complementaridade entre os saberes dos profissionais envolvidos e promover o acompanhamento conjunto.[8]

Outro fator a considerar é que, conforme os resultados das pesquisas sobre a ação endógena da acupuntura, sua aplicação parece induzir a liberação de neurotransmissores endógenos, como serotonina e óxido nítrico (NO), dentre outros. Esse é mais um benefício da adoção da acupuntura pelo enfermeiro, no sentido de poder contribuir para a redução do uso dos nitratos, já que a acupuntura parece contribuir para sua ativação endógena.[11,12]

Além disso, a acupuntura pode propiciar a melhora da qualidade de vida, já que tem ação na redução da dor, da ansiedade e na melhora do estado emocional, também demonstrado nas pesquisas. Cabe enfatizar que, embora o cuidado do enfermeiro-acupunturista seja mais direcionado ao tratamento e prevenção da reincidência das crises da angina estável, esse profissional pode atuar também na fase aguda. A terapêutica por acupuntura prevê pontos específicos para intervir durante o episódio de dor.[3,13] Note-se que é possível incorporar a acupuntura aos cuidados do enfermeiro na atenção integral ao paciente com angina estável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo indicou-se que a utilização da acupuntura pelo enfermeiro-acupunturista poderá ser mais um recurso a contribuir com a humanização do cuidado da enfermagem. A humanização envolve o cuidado ao paciente e todos aqueles que estão envolvidos no contexto saúde-doença. Estende-se, dessa forma, à família, à equipe multiprofissional e ao ambiente onde está inserido. A proposta da acupuntura consiste na humanização da assistência de enfermagem ao propor um olhar amplo ao paciente em sua esfera biopsicossocioespiritual.

A pesquisa bibliográfica realizada permitiu identificar as relações da acupuntura com os cuidados do enfermeiro, correlacionando ambos à assistência ao paciente com angina estável. Sua associação é uma possibilidade para a prestação da assistência no sentido da totalidade do cuidado, cujo princípio permite a busca por terapias complementares e seguras, visando ao benefício do paciente. Todavia, há que considerar que a adoção da acupuntura pressupõe, num primeiro momento, a disposição do profissional em olhar o paciente em seu universo singular, no sentido de superar desafios rumo à construção da integralidade do cuidado. Esse movimento requer a busca de uma compreensão mais detalhada sobre os fatores que envolvem um processo saúde-doença, que esconde por traz de sinais e sintomas, um contexto emocional, familiar, profissional e social onde está inserido o paciente. Segundo, a prática da acupuntura sinaliza a necessidade de compreender que as condutas terapêuticas da medicina chinesa estão vinculadas à observância dos seus preceitos gerais norteadores, o que requer estudo e capacitação para sua aplicação segura.

Infere-se que essa capacitação abrange, além de uma especialização ocidental em acupuntura, um mergulho nos fundamentos clássicos da medicina chinesa, que considera o corpo e a mente como um todo integrado e, portanto, inseparável no contexto saúde-doença. Por fim, cabe lembrar que o contexto atual da acupuntura no Brasil está em processo de legalização. Portanto, é importante que os profissionais de enfermagem se mobilizem e busquem inteirar-se das dimensões ético-legais que hoje permeiam a prática multiprofissional da acupuntura no País.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à doutora e mestra, Elisabeth Siqueira, pela dedicação, paciência e contínuo esforço rumo ao propósito em não somente orientar, mas assimilar o conteúdo filosófico da MTC, fazendo correlação aos cuidados do enfermeiro. À minha filha e ao meu esposo, pelo apoio e compreensão nos momentos ausentes, que não foram poucos.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG, Brunner S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

2. Ross J, Zang Fu. Sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa. São Paulo: Roca; 1994.

3. Wenbu X. Tratado de medicina chinesa. São Paulo: Roca; 1993.

4. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):243-8.

5. Brasil. Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 971 de 3 de maio de 2006. Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. [Citado 2006 ago 19]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materiais/xml/do/secao1/2117398.xml.d.

7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução CONFEN 197/1997. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Rio de Janeiro: Gráfica COFEN; 1997.

8. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas. Rev Bras Enferm. 2008; 16(2):261-7.

9. Kurebayashi LFS, Oguisso T, Freitas GF. Acupuntura na Enfermagem Brasileira: dimensão ético-legal. Acta Paul Enferm. 2009; 22(2):210-2.

10. Ernest E, White A. Acupuntura: uma avaliação científica. São Paulo: Manole; 2001.

11. Jacques MJ. Categorias epistemológicas e bases científicas da medicina tradicional chinesa [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

12. Almeida RT, Duarte IDG. Nitric oxide/cGMP pathway mediates orofacial antinociception induced by electroacupuncture at the St 36 acupoint. Brain Research. 2008; 1188:54-60.

13. Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapêutas. São Paulo: Roca; 1996.

14. Yamamura Y, Tabosa, AMF, Yabuta MM. Precordialgia na concepção da medicina tradicional chinesa. Rev Paul Acupunt. 1998; 4(2):88-96.

15. Inada T. Técnicas simples que complementam a acupuntura e a moxabustão. São Paulo: Roca; 2003.

16. Ballegaard S, Pedersen F, Pietersen A. Effects of acupuncture in moderate stable angina pectoris: a controlled study. J Int Med. 1990; 20(227):25-30.

17. Ballegaard S, Karpatschooff B, Holck JA, Meyer CN, Trojaborj W. Acupuncture in angina pectoris: do psycho-social and neurophysiological factors relate to the effect? Acunpunct Electrother Res. 1995; 20(2):101-16.

18. Ballegaard S, Meyer CN, Trojaborj W. Acupuncture in angina pectoris: does acupuncture have a specific effect? J Int Med. 1990; 229(4):357-62.

19. Reichter A, Herlitz J, Hjalmarson A. Effects of acupuncture in patients with angina pectoris. European Heart Journal. 1991; 2(2):175-8.

20. Zilberstein B, Filho RF. Óxido Nítrico: o simples mensageiro percorrendo a complexidade. Metabolismo, síntese e funções. Rev Assoc Med Bras. 2000; 46(3): 265-71.

21. Viaro F, Nobre F, Évora PRB. Expressão das Óxido Nítrico Sintetases na Fisiopatologia das Doenças Cardiovasculares. Arq Bras Cardiol. 2000; 74(4):365-79.

22. Colquhoun DM. Electrical neuroestimulation for angina pectoris. The Medical Journal of Australia. 1993; 158(4):440-1.

23. Szabo MVRS, Bechara GH. Acupuntura: bases científicas e aplicações. Ciência Rural. 2001;31(6):1091-9.

24. World Health Organization. Acupuncture: review and analysis of reports on controled clinical trials: Nonserial publication. Out of print. Journal of internal medicine.2006; 259(2):125-37. Disponível em www.who.int/boorders.

25. Zhou XQ, Liu JX. Influence of acupuncture on the calibre of coronary artery in coronary heart disease. Journal of the Hunan College of Traditional Chinese Medicine. 1990; 10(3):166-7.

26. Xue SM, et al. Effects of acupuncture on the left ventricular diastolic function in patients with coronary heart disease. World Journal of Acupuncture-Moxabustion. 1992; 2(2):10.

27. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LM. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Rev Eletrônica Enferm. 2006; 9(1):42-51.

28. Doenges ME**,** Moorhouse MF, Geisler AC**.** Planos de cuidados de enfermagem**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Data de submissão: 4/8/2010
Data de aprovação: 14/4/2010

PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

ADOLESCENT TOBACCO SMOKING PREVENTION: A CHALLENGE FOR NURSES

PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA: UN DESAFÍO PARA LOS ENFERMEROS

Mirian Pereira Nepomuceno Giron[1]
Denise Pereira de Souza[1]
Ana Paula Lettiere Fulco[2]

RESUMO

Com este estudo, buscou-se conhecer a expansão tabágica e a dependência nicotínica nos diferentes contextos sociais: individual, familiar, escolar, grupo de pares, midiáticos, comunidade de convivências, estilo e hábito de vida, propícios tanto aos riscos quanto à proteção ao uso de drogas lícitas/ilícitas. Objetivou-se discutir a atuação do enfermeiro na prevenção do tabagismo na adolescência, com ênfase no cuidado de educar um sujeito capaz de intervir de forma construtiva/reflexiva no processo de construção de sua identidade, num contexto histórico-cultural de relações sociais. Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão narrativa. A coleta de dados foi realizada por meio de busca em produções científicas indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde, nos últimos nove anos. A discussão dos dados foi organizada em categorias temáticas. Concluiu-se que o enfermeiro, na sua assistência prestada, deve também ter o compromisso de prevenir ao tabagismo na adolescência junto com a comunidade.

Palavras-chave: Adolescência; Tabagismo; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

This study sought to investigate the increase in tobacco smoking and nicotine addiction in different social contexts: individually, in the family, in school, in peer groups, in the media, in friendship communities, that is social situations that can promote the use of legal or illegal drugs or, on the other hand, can work for the prevention of its use. Our goal is to discuss the role of nurses in the prevention of tobacco smoking during adolescence, with an emphasis to instructing professional nurses to intervene constructively and reflectively in the process of identity building in the historical and cultural context of social relationships. This is a bibliographic study that adopts a narrative form. The data collection was performed by searching the scientific production indexed on the Virtual Health Library in the past nine years. The data discussion was organized into thematic categories. Our conclusion is that nursing care assistance should include the prevention of adolescent tobacco smoking in his/her community.

Key words: Adolescence; Tobacco Smoking; Public Health Nursing.

RESUMEN

Este artículo investiga la expansión del tabaquismo y la dependencia de nicotina en diferentes medios sociales: individual, familiar, escolar, grupos de parejas, mediáticos, comunidades de convivencia, estilo de vida y costumbres, propicios tanto para los riesgos como para la protección del uso de drogas lícitas e ilícitas. El objetivo es discutir la actuación del enfermero en la prevención del tabaquismo en la adolescencia, enfatizando el cuidado de educar profesionales capaces de intervenir de forma positiva/reflexiva en el proceso de construcción de su identidad en un contexto histórico-cultural de relaciones sociales. En este estudio bibliográfico de revisión narrativa la recogida de datos se efectuó buscándolos en producciones científicas indexadas en la Biblioteca Virtual en Salud durante los últimos nueve años. La discusión de datos se organizó en categorías temáticas. Concluimos que el trabajo del enfermero también debe incluir la prevención del tabaquismo en los adolescentes de su comunidad.

Palabras clave: Adolescencia; Tabaquismo; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

[1] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite.
[2] Psicóloga. Psicanalista Membro-Participante de formações clínicas do Campo Lacaniano. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise *Stricto Senso*, área de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista (*Lato Sensu*) em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente do Centro Universitário Plínio Leite. Docente do Instituto A Vez do Mestre, da Universidade Cândido.
Endereço para correspondência: Rua Jacinto Rabelo, nº 220, Coelho São Gonçalo-RJ. CEP: 24740-070. E-mail: marigiron20@yahoo.com.br e mirian_giron@yahoo.com.br Telefones: (21)3712-4307/(21)8116-9279.

A concepção de adolescência, tal como se conhece na atualidade, pode ser definida como um período de transição entre a infância e a idade adulta. Nesse período, o indivíduo experimenta inúmeras modificações nas esferas biológica, social e psicológica, necessárias para que se possa assumir o papel de adulto na sociedade.[1]

Em meio a esse contexto, Malcon e Menezes,[2] salientam que a indústria do cigarro, conhecedora do potencial de mercado, direciona seu marketing, principalmente, para essa faixa etária, assim como para as mulheres, pois nessa fase da vida estão sujeitos a tomar decisões desacertadas pelo desconhecimento da dependência que a nicotina causará por toda a vida.

Nesse sentido, o tabagismo é o principal fator de risco para enfermidades e incapacitações prematuras e evitáveis, tornando-se importante sua prevenção e seu estudo. É na adolescência que ocorre a iniciação do uso do tabaco, não somente pelo espírito de experimentação do novo, mas como fator de identificação com o grupo, pela associação do cigarro ao estilo de vida moderno, pela licitude e aceitação social da droga, assim como pelo fácil acesso à droga nos estabelecimentos de venda.

Considerando a complexidade das questões que envolvem o uso do tabaco, a dependência química e o prejuízo na economia do País, especialmente nas áreas da saúde, previdência e assistência social, sentimo-nos motivados a desenvolver este estudo, uma vez que os adolescentes são suscetíveis à experimentação de drogas psicoativas que, em longo prazo, gerarão morbidades, de modo que a formação de resiliência, entendida como um processo dinâmico envolvendo uma adaptação positiva diante de situações de adversidades significativas, pode contribuir para o não uso do tabaco.[3]

Nesse processo, a enfermagem tem uma responsabilidade fundamental no trabalho de saúde com adolescentes, tendo em vista a busca da equidade na realização das práticas, a ampliação da autonomia e co-responsabilização de adolescentes homens e mulheres no lidar com a vida e a prevenção de agravos que trazem sofrimentos ao adolescente.[3]

Nas suas ações com adolescentes, a enfermagem deve se basear nos princípios da articulação interinstitucional, da interdisciplinaridade, da instrumentalidade de ações de capacitação e mobilização para a construção de práticas emancipatórias e da transversalidade do compromisso com a promoção à saúde do adolescente, nos inúmeros espaços de atuação.[1]

Dessa forma, um campo de atuação da enfermagem na adolescência reside no combate ao tabagismo precoce, pois, atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).[4]

Assim, o estudo se torna relevante, pois, segundo dados do relatório da OMS,[5] o tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo e mata uma pessoa a cada seis segundos. O tabaco mata de um terço à metade de todas as pessoas que o usam. Estas últimas morrem prematuramente, ou seja, 15 anos antes do normal. Hoje, o consumo de tabaco causa mais de 5 milhões de falecimento ao ano, de modo que a previsão para 2030, a menos que medidas urgentes sejam tomadas, subirá para mais de 8 milhões. Se as tendências atuais se seguirem, estima-se que cerca de 500 milhões de pessoas vivas hoje morrerão como resultado do consumo do tabaco. Durante o século XXI, o tabaco poderá matar até 1 milhão de pessoas.

Vale ressaltar que a legislação federal[6] vigente sobre tabaco, no Brasil, oferece proteção aos jovens quanto à venda e entrega de substâncias psicoativas, segundo Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente; ainda há a proibição quanto à publicidade de produtos derivados do tabaco, conforme a Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000; além da proibição do trabalho do menor de 18 anos na colheita, pelo beneficiamento ou industrialização do fumo segundo a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 6, de 5 de fevereiro de 2001. Veta, além disso, a comercialização de alimentos no formato de cigarros ou cigarretes e uso de embalagens de alimentos que simulem a embalagem de cigarros, conforme a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 304, de 7 de novembro de 2002.

Diante do exposto, surge a seguinte questão: como o enfermeiro pode contribuir para a prevenção do tabagismo na adolescência?

Portanto, o objeto deste estudo é o enfermeiro atuando na prevenção do tabagismo na atenção primária e os fatores de risco e de proteção associados ao tabagismo nessa faixa etária, com o objetivo discutir a atuação do enfermeiro na prevenção do tabagismo na adolescência, desvelando sua contribuição na promoção à saúde. Com este estudo, pretende-se contribuir para a linha de pesquisa Saúde da Família, na área predominante enfermagem no cuidado à saúde da criança e do adolescente.

METODOLOGIA

A abordagem metodológica utilizada foi a revisão de literatura, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos, com o objetivo de adquirir conhecimento sobre o objeto de estudo da pesquisa.[7] O tipo de revisão de literatura escolhida foi a narrativa, que apresenta caráter descritivo-discursivo, caracterizando-se pela ampla apresentação e discussão de temas de interesse científico. Ela permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica de maneira concreta em um intervalo de tempo relativamente curto.[8]

A coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tendo como base de dados: LILACS, ADOLEC e BDENF nos quais utilizamos como descritores:

adolescência, tabagismo, enfermagem em saúde pública.

Inicialmente, a pesquisa foi realizada com cada descritor individualmente e associados. Partindo desses resultados, realizou-se uma pré-leitura e a leitura seletiva, na qual elegemos 24 produções científicas escritas entre o período de 1998 a 2007. Nas bases de dados LILACS, ADOLEC e BDENF, a busca utilizando os descritores adolescência + enfermagem em saúde pública resultou em oito artigos no qual não se contemplavam o objeto nem o objetivo deste estudo. E na busca utilizando os descritores tabagismo + enfermagem em saúde pública nenhum artigo foi encontrado. Descartamos, ainda, os repetidos e os que não contribuíam com o objetivo e objeto do estudo.

Após a seleção da bibliografia potencial, realizamos a leitura crítica e interpretativa dela e fizemos a análise temática dos dados, o que gerou as categorias temáticas a seguir.

DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com a análise dos dados, com base na bibliografia potencial, foi possível identificar e eleger as seguintes categorias temáticas: 1) A expansão do tabagismo e a dependência do tabaco; 2) Conhecendo os meios de risco e fatores de proteção no tabagismo; 3) Enfermagem em saúde pública pela saúde coletiva com um olhar preventivo. Seguem-se a descrição e a discussão dos dados conforme sua categorização. É importante lembrar que alguns artigos foram utilizados em mais de uma categoria.

A expansão do consumo do tabaco e a dependência causada pela nicotina

Essa categoria trata da expansão do tabaco no País em escalas cada vez maiores, levando a um efeito negativo na qualidade de vida da população em geral, principalmente entre os jovens.

Raw e Laranjeiras[9] alertam sobre o consumo do tabaco: mais de 40 anos se sucederam e mesmo assim ainda hoje permanece sendo comercializado e permitido por lei, tornando-se uma epidemia no País e com estimativas não animadoras sobre a dependência causada pela nicotina.

Balbani e Montovani[10] descrevem os métodos utilizados para o tratamento da dependência da nicotina, iniciando pelo aconselhamento, tendo no diálogo com o paciente e seus familiares o primeiro passo para abandono do fumo. O segundo passo é identificar o grau de dependência da nicotina e estabelecer a forma de tratamento adequado com farmacoterápicos, reposição de nicotina, além de terapias cognitivo-comportamentais e grupos de autoajuda.

Cavalcante[11] justifica a expansão do tabaco afirmando que a indústria do fumo utiliza estratégias bem elaboradas para o marketing em prol do tabaco, estabelecendo um público-alvo cada vez maior no mundo inteiro, tendo como foco a vulnerabilidade de cada segmento social, o que torna o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade.

Diante de tal insistência midiática, Sales *et al*.[12] citam um teste como recurso para a classificação da dependência nicotínica – o Teste de Fagerstron. Esse teste, padronizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), tem a finalidade de "avaliar e pontuar os perfis tabágico, psicológico, presença de comorbidades, grau de dependência nicotínica, motivação e preparação para a tarefa de parar de fumar". Mais do que a procura ao tratamento para o abandono da dependência nicotínica, os indivíduos fumantes buscam no serviço ambulatorial uma rede social (grupos de autoajuda) por meio da qual possam compartilhar e relatar suas vivências, até mesmo com ex-fumantes veteranos, de modo que haja uma reflexão sobre o autoconhecimento para enfrentar a dificuldade e também prevenir uma possível recaída.

Horta *et al*.[13] ratificam que a indústria do tabaco permanece direcionando a oferta e a sedução do seu produto a diferentes movimentos sociais e nos lugares, com incremento progressivo à população jovem. Quanto à questão de gênero, os autores observam que a consequência do assédio é a prevalência maior de consumo de tabaco entre as adolescentes do sexo feminino na região Sul do País.

Segundo o Inquérito de Tabagismo em Escolares,[14] vários estudos mostram que a adolescência é o grupo de idade de maior risco para se iniciar a fumar. Nos anos de transição entre o ensino médio e superior, mais usuários do tabaco iniciam, desenvolvem e estabilizam seu comportamento de fumar.

Castro *et al*.[14] constatam, diante da proliferação do fumo e da oferta sedutora da mídia, que quanto maior a gravidade da dependência nicotínica, maior é o prejuízo na qualidade de vida, na perda da vitalidade e no aumento das comorbidades, ou seja, há uma queda no estado geral da saúde.

Nessa categoria temática, Cavalcante[1] e Horta *et al.*[13] são enfáticos quanto à expansão do tabagismo decorrente dos altos investimentos feitos pela indústria do tabaco, tornando-o uma droga sedutora e de fácil acesso, principalmente à população jovem. Horta *et al*.[13] ainda salientam que a expansão do tabaco perpassa a questão de gênero, o que também compromete quando não agrava, no futuro, a qualidade de vida da gestante e de seu bebê.

A publicidade tem como consequência imediata a expansão do tabaco. Assim como Horta *et al*.,[13] Cavalcante[11], Raw e Laranjeiras[9] também insistem em que o tabagismo atingiu os atuais níveis de consumo em razão da forma como foi inserido em nossa sociedade, sua comercialização e legalização.

Balbani e Montovani[10] e Sales *et al*.[12] concordam que no tratamento da dependência da nicotina há necessidade de um suporte terapêutico com psicoterapia e grupos de autoajuda, além do tratamento de rotina: reposição de nicotina e farmacoterápicos. Além disso, *Sales et al.*[12] ressaltam que os adictos buscam no serviço de

saúde uma rede de apoio para melhor enfrentamento da dependência. E Castro *et al*.[15] reiteram dizendo que o prejuízo na qualidade de vida é diretamente proporcional à gravidade da dependência nicotícina.

As evidências científicas, hoje, apresentam o tabagismo como uma doença gerada pela dependência física da nicotina e pelo aspecto psicossocial do hábito de fumar que obriga seus consumidores e o seu entorno a se exporem a mais de 4.700 substâncias tóxicas.[15]

O consumo do tabaco continua a avançar de maneira assustadora, e a sensação é de que as estratégias em favor do tabaco estão "anos luz" à nossa frente. Os esforços deverão estar voltados para o combate eficiente diante dessa gravidade complexa que interfere na saúde coletiva mundial.[16]

O 1º Tratado Internacional de Saúde Pública[16] diz, ainda, que os fatores que facilitam a obtenção de cigarros, como o baixo custo, somada a atividades de promoção e publicidade, associando-os a imagens de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados, especialmente pelos jovens, criaram, durante anos, uma aura de aceitação social e de imagem positiva do comportamento de fumar. O sucesso dessas estratégias é traduzido no fato de que 90% dos fumantes começam a fumar até os 19 anos de idade.

Percebe-se que, apesar das campanhas antitabaco do governo federal, há uma proporcionalidade entre a expansão do consumo do tabaco e a dependência da nicotina. Fica também explícita a grande participação da mídia capitalista na expansão do fumo.

Conhecendo os meios de risco e fatores de proteção como estratégia no combate ao tabagismo na adolescência

Nesta categoria, abordam-se os meios de risco para o consumo do tabaco, ao mesmo tempo em que se discutem os fatores de proteção como estratégia no combate ao tabagismo na adolescência.

De acordo com os dados colhidos, *Segat et al*.[17] confirmam a grande influência exercida pelos grupos de amigos entre os adolescentes. A convivência e a aceitação de um ou mais fumantes criam repetidas oportunidades para a oferta e a consequente introdução do vício no grupo, revelando a ascendência exercida pela convivência e o sentimento de envolvimento grupal desse adolescente. Os autores salientam a importância das campanhas educativas e das estratégias de recusa à oferta de cigarros aos adolescentes não fumantes.

Prietsch *et al*.[18] citam a American Academy of Pediatrics, dizendo que "alguns aspectos, entre eles a alta prevalência do hábito de fumar especialmente das mães, cujo índice está bem acima da média internacional para mulheres, que é de 29%". Prietsch *et al*.[18] observam, também, que "o risco de doença respiratória foi de 65% maior para crianças que tinham mães com menor nível de escolaridade". Ressaltam, ainda, que a aglomeração familiar e o fumo materno apresentam claramente efeito-dose resposta ao risco de doença aguda das vias aéreas inferiores de crianças.

Sanchez, Oliveira e Nappo[19] constataram que a decisão de um grupo de adolescentes moradores de favelas e arredores de não experimentarem drogas se deveu aos fatores protetores importantes na vida do adolescente, tais como a boa estrutura familiar, a presença da religiosidade como base da formação do comportamento cidadão, a disponibilidade de informação sobre a dependência e suas consequências, bem como ao estabelecimento de perspectivas de futuro. A espiritualidade e a religiosidade podem contribuir para a construção da personalidade cidadã e servem como um modelo particular de prevenção ao tabagismo.

Já Ferigolo *et al*.[20] verificaram com grupos de adolescentes em situação de abandono familiar e evasão escolar que, nessa condição, os jovens se tornaram mais vulneráveis ao uso e à dependência de álcool e tabaco. Constataram, também, que essa experimentação precoce contribui para o consumo de substâncias psicoativas futuras. Por isso, acreditam que as medidas de prevenção deveriam ser aplicadas precocemente a fim de refrear o uso inicial e regular tanto das drogas lícitas como, consequentemente, das ilícitas.

Segundo Schenker e Minayo,[21] o conceito de risco traduz de maneira geral a exposição a possíveis perdas, os fatores de risco que são as condições favoráveis para tal, gerando resultados negativos. O uso de drogas inicia-se por aquelas menos nocivas e pelas lícitas. Alguns fatores podem colaborar para a iniciação do uso de drogas: usuários na família, envolvimento grupal, escola, comunidade de convivência e mídia. O uso não é unicausal e a prevenção do comportamento de risco está no estilo de vida desse adolescente e nos seus fatores de proteção.

Chatkin[22] relata que a iniciação ao tabagismo e a manutenção do hábito têm origens genéticas e ambientais determinadas e influenciadas pelas bases genéticas da adição nicotínica para cada indivíduo e, ainda, pelo comportamento do adolescente de experimentar o que lhe é novo, na imitação de ídolos, nos familiares e amigos fumantes. Esse comportamento tabágico pode determinar uma dependência orgânica ou não à nicotina.

Gonçalves-Silva *et al*.[23] afirmam que os filhos de pais mais jovens, menos escolarizados, pertencentes a famílias de menor nível socioeconômico e residentes em moradias com piores condições ambientais, mostraram maior prevalência de problemas respiratórios associados ao tabagismo.

Monego e Jardim[24] buscaram conhecer a situação de saúde e risco de crianças e adolescentes escolares, constatando a prevalência de hipertensão arterial, o excesso de peso, o uso de álcool e tabaco como determinantes de riscos para doenças cardiovasculares na idade adulta. Concluíram que a escola é um espaço que deve ser utilizado na promoção à saúde, capaz de disseminar informações que serão reproduzidas no seio da família sobre o estilo e hábitos de vida saudável.

Guedes *et al*.[25] relatam que um dos fatores de risco comportamental predisponente às doenças cardiovasculares (DCV) é o uso de tabaco, contribuindo para as manifestações das DCVs futuras. Enfatizam que é a realização de estratégias na infância e adolescência de medidas de promoção da saúde que previnem os agravos cardiovasculares.

Guedes *et al*.[26] demonstram que adolescentes fumantes apresentam um perfil lipídico-lipoproteico de risco aterogênico. Alertam para ações intervencionistas e para a prevenção do tabagismo na adolescência, para que no futuro não ocorra o aparecimento de coronariopatias prematuras em população adulta jovem.

Castro *et al*.[14] constaram, também, que a gravidade da dependência do tabaco está associada a fatores de risco baixa escolaridade, idade e idade do início do tabagismo.

Saito, Silva e Leal[1] relatam que o adolescente frequentemente se expõe a situações de riscos inerentes à vivência inéditas, à necessidade de experimentação e ao processo de formação de sua identidade adulta, pelo fato dele se sentir indestrutível, imune, imortal. Não há como evitar riscos.

Segat *et al*.,[17] Schenker e Minayo[21] e Chatkin[22] discursam sobre o gregarismo (envolvimento grupal), amigos e familiares fumantes como fatores de risco para a iniciação do tabagismo. No seu processo de busca da identidade adulta, o adolescente transfere a dependência dos pais para a turma com a qual eles se identificam, explicam Saito, Silva e Leal[1]. Chatkin[21] ainda enfatiza que o tabagismo pode não estar somente associado a fatores ambientais, mas também àqueles de origem genética para cada indivíduo. E Saito, Silva e Leal[1] reforçam: geneticamente, o organismo de jovens, filhos de pais dependentes, apresenta predisposição à dependência da droga. O desenvolvimento da dependência dependerá da interação dessa predisposição com os fatores ambientais que poderão protegê-lo ou favorecer o aparecimento da dependência.

A baixa escolaridade e a evasão escolar, como citam Ferigolo *et al*.[20] e Castro *et al*.,[15] são também fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade ao uso do tabaco, bem como à sua dependência. Ferigolo *et al*.[20] cooperam com a discussão, pois trazem a iniciação precoce como fator determinante e proporcional ao uso de outras substâncias psicoativas.

Quanto ao tabagismo materno, que predispõe crianças e futuros adolescentes às doenças respiratórias, Priestsch *et al*.[18] e Gonçalves-Silva *et al*.[23] concordam que o menor nível de escolaridade materno é um fator predisponente ao tabagismo. Gonçalves-Silva *et al*.[23] relatam, ainda, que condições de moradias desfavoráveis associadas ao tabagismo dos moradores do domicílio contribuem para as doenças respiratórias.

Monego e Jardim,[24] Guedes *et al*.[26] e Guedes *et al*.[25] afirmam que o tabagismo, associado a outros fatores ou não, é um fator de risco para doenças cardiovasculares. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde[27], estima-se que 16,6 milhões de mortes, ou um terço de todos os óbitos no mundo, resultam de várias formas de doença cardiovascular.

Quanto aos fatores protetores, Sanchez, Oliveira e Nappo[19] citam, dentre outros, que a religiosidade, além de se tratar de um aspecto muito relevante para alguns que experimentam uma situação desfavorável quanto à qualidade de vida, parece ocupar importante papel na família, responsável pela humanização do indivíduo, auxiliando-o na construção de sua personalidade. Além disso, a religiosidade também aparece como importante fonte divulgadora de informações quanto aos aspectos negativos do uso de drogas, tendo, assim, uma função ampla permeando os demais fatores protetores: a estrutura familiar, a disponibilidade de acesso a respeito informações sobre o assunto e as perspectivas de futuro. Segat *et al*.[17] ressaltaram, ainda, a importância de haver campanhas educativas.

Vale ressaltar que a prevenção do tabagismo é uma medida de proteção de redução de risco a doenças crônicas. Torna-se fundamental a participação da enfermagem na educação em saúde, encorajando as pessoas a alcançar o nível mais elevado possível de bem-estar, de maneira que elas possam viver com mais saúde, prevenindo as doenças causadas pelo uso do tabaco e atinjam ao máximo o prolongamento de suas vidas.

Enfermagem em saúde pública pela saúde coletiva com um olhar preventivo

Nesta categoria, aborda-se a importância de um olhar preventivo na assistência básica ao adolescente, conforme os autores abaixo relacionados.

Matumoto *et al*.[28] discutem que o campo de atuação da equipe de enfermagem na saúde coletiva não só deve estar envolvido com a prática do saber tecnológico com intervenções distintas, como também estar voltada para a assistência no cuidado, respeitando o indivíduo no seu momento de dificuldade, que não é somente biológica. A concepção de saúde, desde relatório da OMS de 1948, é tripla: biológica, psicológica e social ao mesmo tempo. Por isso, a ênfase sobre não deixar a equipe de enfermagem manter-se meramente envolvida com as dores do corpo, pois há outros fatores que estão envolvidos no sofrimento humano.

Malcon, Menezes e Chathin[29] ensinam que ações em nível de atenção primária para educação e tabagismo devem ser priorizadas, envolvendo a comunidade e o adolescente como alvo, pois mostram que o hábito de fumar dos amigos e dos irmãos mais velhos está fortemente associado ao tabagismo em adolescentes e que a escola pode ser o local de inicio da prevenção.

Assis *et al*.,[30] na investigação socioepidemiológica realizada com adolescentes estudantes de escolas públicas e particulares, buscaram conhecer o sentimento que o adolescente possui sobre si mesmo, seus valores e competências nessa fase da vida tão marcada por mudanças biopsicossociais, para que se possa construir

estratégias de prevenção e atenção dos agravos a saúde.

Giuliano e Hauff[31] enfatizam que é preciso conhecer profundamente as causas e consequências do uso do tabaco nessa faixa etária, bem como a melhores estratégias de prevenção e combate.

Corréa e Ferriani[32] identificaram que não foram realizadas reflexões aprofundadas sobre novas formas de assistir a saúde do adolescente. De modo geral, durante a década de 1990, 25% do total das teses de doutorado de enfermagem não faziam menção às políticas de proteção e assistência à saúde do adolescente.

Cardoso e Cocco[33] relatam que, além do papel preventivo e intervencionista na saúde do adolescente, é necessário oferecer um espaço para o adolescente manter contatos, diálogos e ser o ator social de um grupo, de modo que possa criar vínculos que facilite a reflexão, gerando, assim, conscientização, pensamento crítico e luta pelos seus próprios ideais.

Henrique *et al*.[34] também concordam que se o uso dessas drogas for detectado na fase inicial, o prognóstico é muito bom. A fim de identificar problemas nas comunidades, indicam e reconhecem que o "Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias" – uma versão brasileira do Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) – é um instrumento confiável, satisfatório, de baixo custo e aplicável nos serviços de saúde de nível primário e secundário. Com base no resultado de dependência nicotínica, esse indivíduo será encaminhado para acompanhamento.

De acordo com Ferreira,[35] o processo de comunicação com o adolescente deve ultrapassar o simples diálogo e ser um processo de extrema sensibilidade e percepção no entendimento desse sujeito que vive, sofre, produz e reproduz, no seu cotidiano de vida, suas angústias, seus anseios e suas dúvidas. Esse intercâmbio realizado na prática do cuidar deve promover o bem-estar, o conforto, o alívio de tensões, contribuindo para a prevenção de agravos no campo da saúde coletiva.

Matumoto[28] faz referência a Pires Filho dizendo:

> A saúde pública conforma-se em um campo de saberes e práticas demarcado tradicionalmente pela intervenção técnica e política do Estado na assistência, a qual privilegia a 'base técnica' do conhecimento científico, ancorado nas técnicas de investigação empíricas – em particular, na área bacteriológica – cujas práticas voltam-se tanto para o indivíduo como para o coletivo.

Já a saúde coletiva trata das ações dirigidas ao coletivo e pensa o homem como um ser social que é ao mesmo tempo sujeito, ator social, protagonista e objeto da ação; aquele que se submeterá às intervenções, além de a saúde coletiva primar pelo conhecimento multiprofissional e interdisciplinar. Dessa maneira, Matumoto[28] concorda que o indivíduo, digo, o adolescente, não é um ser meramente biológico, mas um sujeito social com características próprias que devem ser o foco para a atuação preventiva do enfermeiro.

Assis *et al*.,[30] Giuliano e Hauff[31] falam sobre conhecer as questões que relativas à adolescência para que estratégias sejam propostas e alcançadas no controle do tabagismo nesta faixa etária.

Malcon, Menezes e Chathin[29] e Assis *et al*.[30] concordam que, além da prevenção na rede primária, a escola pode atuar como cooperadora na promoção de fatores de proteção contra o tabagismo, pois as crianças de hoje serão os adolescentes de amanhã. No entanto, Schenker e Minayo[21] se contrapõem dizendo que a escola é, ao mesmo tempo, um espaço, propício para o uso de drogas, uma vez que esse ambiente privilegia encontros e interações entre os jovens aliciadores e aliciados. Nesse sentido, Malcon, Menezes e Chathin[29] reforçam esse aspecto de risco do colégio ao assinalarem que o hábito de fumar dos amigos e irmãos mais velhos exerce influência sobre a iniciação de tabagismo do adolescente.

Cardoso *et al*.[33] e Ferreira[35] abordam as questões que envolvem um local que fomente a comunicação e diálogo entre os adolescentes, para que eles possam desenvolver um senso crítico e reflexivo. Saito, Silva e Leal[1] corroboram dizendo que educar passa a ser fundamental a criação de espaços para desenvolvimento existindo a necessidade de proteção e prevenção de agravos.

Para Rouquayrol e Almeida,[36] uma estratégia importante para a prevenção dos distúrbios e agravos não transmissíveis (DANT) é buscar a mudança na percepção social sobre esses agravos à saúde e suas complicações, de forma a minimizar o sentimento de inevitabilidade que ainda as acompanham, demonstrando que elas podem ter seu perfil epidemiológico modificado por intervenções tanto na saúde quanto na educação e mobilização comunitária, pois os danos causados pelo tabaco têm intensidades muito variáveis, podendo levar à morte em pouco tempo ou gerar incapacitações permanentes.

Diante do exposto nesta categoria, cabe-nos refletir sobre poder estabelecer uma forma de controle e prevenção, pois diversos fatores estão associados à experimentação e ao consumo de substâncias psicoativas, em particular entre os adolescentes, o que serve como sinal de alerta e reflexão para elaborarmos estratégias em educação ressaltando, assim, o papel da enfermagem na prevenção do tabagismo.

CONCLUSÃO

Por muito tempo, no contexto histórico da saúde pública, houve um prejuízo muito grande no que tange à promoção de saúde. A população vivencia um rebaixamento da qualidade de vida como consequência do uso do tabaco, registrado na queda da expectativa de vida, nas mortes prematuras, nas incapacitações permanentes, tudo isso porque o fumo alcançou

níveis assustadores causando grande dependência nicotínica.

O tabagismo é considerado uma das principais causas de doenças e agravos não transmissíveis, porém preveníveis. Para tanto, entendemos que a atenção primária, grande porta de entrada de todos os usuários do SUS, tem como função, dentre outras, executar ações preventivas. Essas ações devem ser priorizadas pela saúde coletiva, que trata o indivíduo como ser social, que seja sensibilizado por numa prática educativa importante capaz de intervir em benefício de sua vida, para que alcance escalas crescentes de vitalidade em sua existência.

Diante desse contexto, os adolescentes estão sujeitos a ser influenciados por hábitos e comportamentos não saudáveis, que acarretarão agravos à saúde deles em longo prazo. Diversos fatores estão associados à experimentação ou não de drogas lícitas e ilícitas. O adolescente de hoje vê-se diante de muitas mudanças e, assim, fica vulnerável ao impacto dos movimentos sociais, da tecnologia, do marketing.

Nesse processo de configuração de sua identidade, muitas vezes vivendo situações muito dramáticas, torna-se necessária a construção de uma abordagem que acolha esse indivíduo na atenção primária para a prevenção do tabagismo. De modo que as ações de enfermagem na atenção primária, ou seja, na saúde coletiva, devem estar pautadas por um processo que ofereça espaço para o adolescente manter diálogo tanto com o grupo como com o enfermeiro, uma vez que este último é que educa para o autocuidado.

Ao final desta elaboração e diante das observações realizadas, conclui-se que o enfermeiro, na sua assistência prestada, no processo de cuidar, deve também ter o compromisso de exercer a prevenção ao tabagismo na adolescência, para o declínio dos agravos e do efeito deletério do tabaco na saúde coletiva. Uma atuação inovadora em seu agir, buscando de maneira criativa, ética e política um cuidar/ensinando, de maneira produtiva e construtiva, com o objetivo de conduzir esse indivíduo a alcançar, em escala cada vez maior, a saúde. É nesse processo de inter-relação entre o cuidado e a educação que a imagem do enfermeiro é indissociável. Dessa forma, ele reafirma seu papel de educador, na prática de suas ações, comprometido com a promoção de saúde e qualidade de vida da população.

A expansão tabágica é proporcional às vítimas do tabaco e está intimamente ligada ao capitalismo, enquanto é sustentada pela desinformação das camadas menos privilegiadas, pois a indústria do fumo é predominante nos países em desenvolvimento.

Com isso, a adolescência é uma fase particular e suscetível às novas descobertas prejudiciais ou não do mundo adulto. Portanto, vários fatores de risco, como familiares e amigos fumantes, envolvimento grupal (gregarismo), abandono familiar, genéticos, baixo padrão socioeconômico, contribuem para iniciação do uso do tabaco. Mas existem os fatores protetores, como boa estrutura familiar, projeto de vida, informação sobre a dependência e suas consequências, escola, religiosidade, que podem resguardar o adolescente do tabagismo.

O enfermeiro, como cidadão, é um educador, pois é por meio da educação que acontece a verdadeira conscientização dos agravos do uso do tabaco para a saúde. É importante que o enfermeiro tenha como meta cuidar da humanidade, e não somente de um pequeno grupo, que o trabalho de prevenção seja prioritário na atenção primária e também que essa atenção deva ultrapassar os conhecidos estabelecimentos de saúde. Cada pessoa deverá ser um multiplicador de informação sobre a qualidade de vida.

Vale salientar, ainda, que uma estratégia importante do enfermeiro na prevenção do tabagismo pode ser uma parceria com as escolas e o enfermeiro que vise abordar este assunto como forma de atividade complementar na rede de ensino fundamental e médio.

Com este artigo se propôs contribuir para a capacitação do enfermeiro e acadêmicos de enfermagem no planejamento de estratégias de educação em saúde que estimulem o público-alvo à reflexão crítica sobre o tabaco e suas consequências, de forma que o enfermeiro deva conhecer as formas de pensar desse grupo, de suas concepções, costumes e comportamentos.

Reconhecemos a limitação deste estudo e sugerimos a necessidade de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Saito MI, Silva LEV, Leal MM Adolescência prevenção e risco. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

2. Malcon M, Menezes AMB Tabagismo na adolescência. Pediatr (S Paulo) [editorial online] 2002; 24(3/4):81-2.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Adolescer: compreender, atuar, acolher: projeto Acolher. Rio de Janeiro: ABEn; 2001.

4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização das Nações Unidas (ONU). Classificação Internacional de Doenças [Psiqweb Psiquistria Geral GJBallone]. 10ª Revisão [Citado 2008 outubro 14]. Disponível em http// http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid.php?busca=fumo.

5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório de OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo. Pacote MPOWE. 2008. [Citado 2008 agosto 15]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf

6. Brasil. Legislação Federal vigente sobre tabaco no Brasil. Lei n.º 8.069 (13 de julho de 1990) – Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.º 10.167 (27 de dezembro de 2000). Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 06 (05 de fevereiro de 2001). Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 304 (07 de novembro de 2002) [Citado 2008 agosto 15] Disponível em http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf.

7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

8. Atallah NA, Castro AA. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Diagn Tratamento. 1997; 2(2):12-5.

9. Raw M, Laranjeira R. Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(1):7-8.

10. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71(6):820-7.

11. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clínica. 2005; 32(5):283-300.

12. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HM. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico J Bras Pneumol. 2006; 32(5):410-7.

13. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. Cad Saúde Pública. 2007; 23(4):775-83.

14. Brasil. Vigilância de tabagismo em escolares. Vigescola, volume 1. 2004 [Citado 2008 maio 10];. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

15. Castro ME, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AE, Araújo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Rev Psiquiatr Clínica. 2007; 34(2):61-7.

16. Brasil. Ação global para o controle do tabaco. O 1º tratado internacional de Saúde Pública. Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2004 [Citado 2008 maio 10]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

17. Segat FM, Santos RP, Guillande S, Pasqualotto AC, Benvegnú LA. Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes Adolesc Latinoam. 1998; 1(3). [Citado 2008 maio 17]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

18. Prietsch SOM, Fischer GB, Cesar JA, Fabris AR, Mehanna H, Ferreira THP, et al. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. J Pediatr. 2002; 78(5). [Citado 2008 maio 17]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

19. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo AS. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1):43-55.

20. Ferigolo M, Barboa FS, Arbo E, Marlisz AS, Stein AT, Barros HMT. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(1):10-6.

21. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):707-17.

22. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. J Bras Pneumol. 2006; 32(6):573-9.

23. Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lemos-Santos MGF, Sichieri R. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. Cad Saúde Pública. 2006; 22(3):579-86.

24. Monego ET, Jardim PCBV. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. Arq Bras Cardiol. 2006; 87(1):37-45.

25. Guedes DP, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira JA, Stanganelli LCR. Fatores de Risco Cardiovasculares em Adolescentes: Indicadores Biológicos e Comportamentais Arq Brás Cardiol. 2006; 86(6). [Citado 2008 maio 17]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

26. Guedes DP, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira JA. Uso de tabaco e perfil lipídico-lipoprotéico plasmático em adolescentes. Rev Assoc Méd Brás. 2007; 53(1):59-63.

27. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças Crônicas – degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília,: OPAS; 2003.

28. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem Cad Saúde Pública. 2001; 17(1):233-41.

29. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkinb M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública. 2003; 37(1):1-7.

30. Assis SG, Avanci JK, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 669-80.

31. Giuliano I, Hauff S. O tabaco e a infância. Rev Assoc Méd Brás. 2007; 53(1):1-12.

32. Corréa ACP, Ferriani MGC. A produção científica da enfermagem sobre saúde dos adolescentes no Brasil. Acta Paul Enferm. 2002; 15(3). [Citado 2008 maio 17]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

33. Cardoso CP, Cocco MIM. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(6):778-85.

34. Henrique JFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLDS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (assist). Rev Assoc Méd. Bras. 2004; 50(2):199-206. [Citado 2008 maio 17]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

35. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão com estratégia de pesquisa e cuidado-educação Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(2):2005-11. [Citado 2008 maio 17]. Disponível em http://www.bireme.br/php/index.php

36. Rouquayrol MZ, Almeida NF Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Data de submissão: 11/5/2009
Data de aprovação: 14/4/2010

A IMUNIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

HEALTH CARE PROFESSIONALS IMMUNIZATION: AN ESSENTIAL REFLECTION

INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL DEL CAMPO DE LA SALUD: UNA REFLEXIÓN NECESARIA

Silvana de Lima Vieira dos Santos[1]
Sergiane Bisinoto Alves[2]
Adenícia Custódia Silva e Sousa[3]
Anaclara Ferreira Veiga Tipple[4]
Katiane Martins Mendonça[5]

RESUMO

Neste estudo, os objetivos foram identificar as vacinas de maior relevância e interesse para os profissionais da área da saúde recomendadas pela legislação vigente, nacional e internacional e analisar os principais aspectos inerentes a essa temática envolvendo esse grupo de profissionais. Verificamos que existe ampla diversidade de vacinas nos mercados nacional e internacional, as quais sofrem atualizações frequentes nos calendários vacinais, da população em geral e também dos profissionais da área da saúde. É evidente a necessidade da imunização daqueles que estão expostos diariamente a diversos agentes patogênicos ao prestarem uma assistência direta/indireta, porém baixa adesão a essa medida preventiva por parte desses profissionais ainda é encontrada no cenário mundial, por isso a saúde do cuidador está exposta a um risco passível de prevenção. Gestores, gerentes e os próprios profissionais da área da saúde devem refletir sobre a importância e a necessidade da imunização para proteção individual e coletiva.

Palavras-chave: Imunização; Pessoal de Saúde; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

This study aims to identify the vaccines recommended by the current national and international legislation to health care professionals and analyze the main aspects related to this issue on this group of professionals. We verified that there is a wide range of vaccines on the national and international market frequently updated on the vaccination schedules of the general public and of the healthcare professionals. It is patent that those professionals constantly exposed to various pathogens need to be immunized, however worldwide many do not conform with this preventive measure consequently caregivers' health is exposed to a risk easily preventable. Healthcare management and the health professionals themselves should reflect on the importance of immunization for individual and collective protection.

Key words: Immunization; Health Personnel; Occupational Health.

RESUMEN

El objeto del presente estudio fue identificar las vacunas de mayor importancia e interés para los profesionales de salud recomendadas por la legislación vigente, nacional e internacional y analizar los principales aspectos relacionados a tal asunto en este grupo de profesionales. Comprobamos que hay una amplia gama de vacunas en el mercado nacional e internacional que son alteradas con frecuencia en los calendarios de vacunación del público en general y de los profesionales de la salud. Es evidente la necesidad de vacunar a aquéllos que se exponen diariamente a distintos agentes patogénicos al brindar atención directa o indirecta a los pacientes, pero aún hay poca adhesión a esta medida preventiva en el escenario mundial. Por ello la salud de los cuidadores está expuesta a un riesgo que puede prevenirse. Directivos, gerentes y profesionales del campo de la salud deben reflexionar sobre la importancia y necesidad de inmunización para su propia protección y la de los demás.

Palabras clave: Inmunización; Personal de Salud; Salud del Trabajador.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Controle de Infecção Hospitalar (NEPIH) da FEN/UFG. Endereço: Av. Pedro Alves Teixeira. Q17. L15. Inhumas-GO. Tel.: (62)8137-9976 ou (62)8172-1026. E-mail: silvanalvs@hotmail.com.

[2] Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação da FEn/UFG. Integrante do NEPIH/FEN/UFG. Endereço: Av. Vereador José Francisco da Silva, nº 480. Centro. Nova Veneza. CEP: 75470. Goiânia-GO. Tel.: (62) 8585-8731. E-mail: sergianebisinoto@yahoo.com.br.

[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da FEn/UFG. Pesquisadora e coordenadora do NEPIH/FEN/UFG. Endereço: Av. Portugal, nº 218, ap. 901, Setor Oeste. CEP 74140-020. Goiânia-GO. Telefone: (62) 9977-4003. E-mail: adenicia@fen.ufg.br.

[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do FEn/UFG. Pesquisadora e coordenadora do NEPIH/FEN/UFG. Endereço: Rua 104, n. 428, Setor Sul. CEP – 74083-300. Goiânia-GO. Tels.: (62) 242-1274/ (62) 9973-8921. Fax: (62) 3521-1807. E-mail: anaclara@fen.ufg.br.

[5] Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação FEn/UFG. Integrante do NEPIH/FEN/UFG. Endereço: Rua 200B, nº 44, Setor Leste, Vila Nova, Goiânia-GO. CEP: 74645-090. Telefones: (62) 3261-0287 ou (62) 9267-9557. E-mail: katiane2303@gmail.com.
Endereço para correspondência: Av. Pedro Alves Teixeira. Q17. L15. Inhumas-GO. Tel.: (62)8137-9976 ou (62)8172-1026. E-mail: silvanalvs@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A imunização é a medida mais eficaz e duradoura na prevenção de doenças, além de ser um excelente meio de minimizar a ocorrência de endemias e epidemias, como o caso da erradicação da varíola, na esfera mundial, e da poliomielite, no Brasil.[1]

Nas últimas décadas, acompanhamos avanços relacionados às doenças passíveis de prevenção por imunização, associados ao desenvolvimento de vacinas eficazes, de recursos diagnósticos para identificar patologias antes não reconhecidas e formas atípicas de doenças bem conhecidas, além de uma abrangente cobertura vacinal tendo o apoio e o incentivo permanentes dos órgãos competentes em âmbitos nacional, estadual e municipal. Aliados a tais avanços, novos desafios surgiram e surgem com a finalidade de incorporar vacinas contra novas doenças nos calendários vacinais. Estima-se que as vacinas salvam cerca de 3 milhões de vidas por ano.[1] Com exceção do sistema de limpeza de água, nada tem tido maior impacto em reduzir a mortalidade que as vacinas, nem mesmo os antibióticos.[2]

O processo imunológico pelo qual se desenvolve a proteção conferida pelas vacinas compreende o conjunto de mecanismos por meio dos quais o organismo humano reconhece uma substância como estranha para, em seguida, metabolizá-la, neutralizá-la e/ou eliminá-la,[3] por isso ela se faz tão importante para qualquer indivíduo.

Os benefícios da imunização incluem a proteção individual, a interrupção da disseminação de doenças infecciosas e de alguns surtos intra e interambientais de cuidado à saúde, além da proteção indireta de pessoas não vacinadas da comunidade para algumas doenças. Adicionalmente, há redução de vários custos relacionados ao diagnóstico, tratamento e controle de infecções.[4]

No caso dos profissionais da área da saúde, a adesão à vacinação é necessária, por isso tão enfatizada por gestores e pesquisadores envolvidos nesta temática, já que com adesão a essa medida preventiva os profissionais da área da saúde passam a apresentar um risco minimizado de infecção por doenças passíveis de imunização, além de protegerem, também, outros profissionais e pacientes.

É imprescindível a imunização dos profissionais da área da saúde, já que estão expostos, cotidianamente, indireta e/ou diretamente, a diferentes e diversos microrganismos, que podem gerar quadros de infecção, ocasionando, assim, consequências para as instituições, para esses profissionais e para os clientes. Portanto, é de suma importância que os profissionais da área da saúde recebam orientação e adiram à imunização, uma medida preventiva subsidiada pela legislação que trata da saúde do trabalhador e que ainda apresenta baixa adesão por parte desses profissionais.

OBJETIVOS

Identificar as vacinas de maior relevância e interesse para os profissionais da área da saúde recomendadas pelas legislação nacional e a internacional vigentes.

Analisar, mediante tais legislações, aspectos inerentes à imunização de profissionais da área da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo cuja trajetória metodológica percorrida apoiou-se na leitura de legislações, vigentes em esfera nacional e internacional, relacionados à imunização de profissionais da área da saúde e que atuam como subsídios aos profissionais e também, para gerentes e gestores da área da saúde.

Foi realizada a leitura e análise das informações relacionadas à temática, apreendendo-se os tipos de vacinas recomendadas, as concepções sobre a imunização e as questões legais envolvidas sobre o tema que se relacionam com os profissionais da área da saúde. Desse modo, foi possível uma aproximação à concepção geral sobre o subsídio legal que a legislação nacional e a internacional oferecem a esses profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os programas de imunização foram se consolidando gradualmente no Brasil, especialmente nos últimos 35 anos. Ressalte-se a importância do Programa Nacional de Imunização (PNI), que inspira respeito internacional entre especialistas em saúde pública e que é citado como referência mundial pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), órgão integrante da Organização Mundial de Saúde (OMS).[5] Esses programas visam alcançar alta cobertura vacinal e, assim, manter adequado grau de proteção imunológica da população contra as doenças transmissíveis passíveis de prevenção por meio da imunização.

No Brasil, o PNI, do Ministério da Saúde (MS), criado em 1973 e regulamentado pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, atua hoje como o programa vigente quanto às condutas e esquemas básicos relacionados à imunização da população em geral na esfera nacional. Ele corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública no País.[6,7]

Ao abordar o tema "saúde do trabalhador", um dos primeiros aspectos que devem ser considerados é a imunização, em especial dos profissionais da área da saúde, por apresentarem um risco aumentado de infecção por microrganismos relacionados a doenças passíveis de prevenção por imunização, com possibilidade de se tornarem fonte desses patógenos e de disseminação, em meio intra- e extra-hospitalar.

Fator que chama a atenção e merece destaque no contexto brasileiro é a exigência do MS, por meio da Portaria nº 597,[8] da obrigatoriedade da imunização, de acordo com o calendário de vacinação estabelecido pelo PNI, para efeito de matrícula em universidades, em todo o território nacional, uma vez que as instituições de ensino na área da saúde têm papel primordial na temática de imunização como forma de proteção da

saúde do próprio acadêmico e futuro profissional, assim como da clientela sob seus cuidados.[9,10]

Vale ressaltar[11] a necessidade da existência de programas intrainstitucionais com normas e orientações sobre imunização, tanto de profissionais da área da saúde quanto de clientes, visto que o custo-efetividade[12] dessa ação justifica tal conduta.

Embora não explicitada pelo *Guideline*, que trata sobre as precauções de isolamento e aborda as precauções-padrão,[13] a imunização pode ser considerada, também, como uma importante medida de proteção, tanto para a saúde dos profissionais da área da saúde quanto para a saúde dos pacientes.[14]

Os Centers for Disease Control and Prevention (CDC), assim como o PNI, têm recomendações para o esquema vacinal da população em geral (adultos, adolescentes e crianças)[15], porém, também aborda populações específicas, como é o caso dos profissionais da área da saúde. As vacinas fortemente recomendadas para esse grupo são as que previnem a infecção contra o vírus da hepatite B (VHB), o sarampo, a caxumba, a rubéola, a varicela e a *influenza*.[16,17]

No Brasil, o Ministério do Trabalho e Emprego publicou, em 16 de novembro de 2005 (Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005),[18] a Norma Regulamentadora nº 32, que trata da saúde e segurança no trabalho em serviços de saúde, sendo a primeira norma no mundo que regulamentou questões relacionadas a está temática. Ela estabelece que o fornecimento de vacinas aos trabalhadores dos serviços de saúde deve ser feito gratuitamente e que sempre que houver vacinas eficazes contra agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.[18]

Seguindo o parâmetro de grupo especial e específico no que se refere à imunização, o Ministério da Saúde (MS), por meio dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIEs), oferece aos profissionais da área da saúde as vacinas contra o vírus da hepatite B, da varicela e da *influenza*. Na resolução que trata deste assunto[18] afirma-se que o médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que deve existir em cada instituição de saúde, ou naquelas consideradas como referência à saúde do trabalhador, deve complementar o programa de vacinação do trabalhador com base na avaliação dos riscos de contaminação apurados no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, ou seja, de acordo com a atividade e as características do ambiente de trabalho.[18]

Como a imunização dos profissionais da área da saúde está cada vez mais sendo discutida e tornando-se tema de reflexões e questionamentos, recentemente, a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) publicou o calendário de imunização ocupacional, recomendando as vacinas de acordo com a profissão, considerando os riscos ocupacionais específicos de cada atividade. Dentre as vacinas recomendadas para os profissionais da área da saúde estão: vacinas contra hepatite A e B, contra difteria, tétano e coqueluche, varicela, *influenza*, antimeningocócica C conjugada e tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola).[19]

Dentre as vacinas já citadas, aquelas que são recomendadas a esses profissionais e que estão disponíveis gratuitamente são: a vacina contra o vírus da hepatite B, a tríplice viral (contra o sarampo, caxumba e rubéola); a dupla adulto (contra a difteria e o tétano); a antiamarílica (contra a febre amarela); e a BCG [*Bacilo Calmette Guérin*, contra o bacilo de *Koch*, indicada para trabalhadores que tem contato com pacientes portadores de tuberculose e/ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA); e, também, aqueles que apresentem *purified protein derivative* (PPD) negativo ou reator fraco].

Deve-se ressaltar que, no caso das vacinas contra sarampo, caxumba, rubéola, tétano, febre amarela e *influenza*, embora recomendadas para os profissionais da área da saúde, é preciso considerar que tais doenças apresentam risco para esses profissionais na mesma proporção que para a população em geral, por isso sua extrema relevância, sem hipótese de discussão da indicação.[20]

A vacina dupla adulto (dT), contra tétano e difteria, é recomendada aos profissionais da área da saúde[21] e confere-lhes imunidade por cinco anos contra tétano acidental grave e 10 anos para acidentes leves. É a medida mais eficaz e adequada de prevenção e controle para tais doenças.[3]

Profissionais da saúde, por terem contato maior, direto e/ou indireto com pacientes, apresentam risco aumentado para contrair coqueluche, por esse motivo os CDCs, a partir de 2006, recomendam que todo profissional da área da saúde receba uma dose da vacina acelular *pertussis* (dTap), pelo menos dois anos após o último reforço da dT.[22] Nos Estados Unidos, duas vacinas acelulares contra coqueluche, combinadas com os toxoides tetânico e diftérico (dTap), foram licenciadas em 2005. A composição dessas vacinas não é idêntica, mas ambas induzem soroproteção equivalente à obtida com o uso das vacinas acelulares formuladas para crianças (DTaP).[21] Elas são recomendadas para aplicação em adolescentes em substituição à vacina dupla adulto (dT), com o objetivo de protegê-los contra tétano, difteria e coqueluche, bem como evitar que transmitam a *B. pertussis* a lactentes jovens.[21]

Vários países, atualmente, adotam as vacinas acelulares, em geral combinadas com outras vacinas, em razão da maior aceitação, da menor reatogenicidade e da evidência de melhoria nas coberturas vacinais quando utilizadas.[23]

Os dados atualmente disponíveis pelos CDCs indicam que essa substituição da dT pela dTap deverá beneficiar não apenas os grupos alvo da vacinação (adolescentes e adultos), mas também os jovens lactentes.[19] Salienta-se a importância de vacinar os profissionais da área da saúde, que nesse contexto, além do risco de contrair mais facilmente a doença, podem contribuir para disseminá-la em ambientes de cuidado à saúde.

Quanto ao sarampo, à caxumba e à rubéola, encontra-se disponível a vacina tríplice viral (SCR), que confere proteção superior a 95% e é recomendada para mulheres de 12 a 49 anos, que não tenham comprovação de vacinação anterior e homens até 39 anos.[24] A duração da imunidade induzida pela vacina é maior que 25 anos e, provavelmente, o seja por toda a vida.[16]

Em estudo cujo objetivo foi verificar a soroprevalência para sarampo, caxumba, rubéola e varicela em profissionais da área da saúde identificou titulação negativa para sarampo em 7,4%, rubéola em 12,5%, varicela em 4,1%, e caxumba em 15,9% dos profissionais sujeitos do estudo, mostrando que estes, embora estejam expostos a estas doenças apresentam baixa adesão à imunização. Dado preocupante por tratar-se de um momento da saúde mundial no qual a prevenção é amplamente discutida, defendida e incentivada.[25]

A vacinação tem sido o principal método para prevenir a *influenza* e suas complicações mais severas, além de ser de grande importância para o profissional da área da saúde, especificamente em relação à redução do absenteísmo em decorrência da gripe. Surtos dessa patologia têm sido associados ao aumento de internações e mortes, grande parte atribuída às suas complicações e a enfermidades crônicas subjacentes.[26]

Quando a composição da vacina contra o vírus da *influenza* coincide com as cepas de vírus circulante, sua eficácia em adultos saudáveis atinge 70% a 90%, enquanto cai para 30% a 40% em maiores de 60 anos.[26] Ela confere imunidade por um ano e é indicada para os profissionais da área da saúde com mais de 60 anos e em situações especiais, como nos casos de esplenectomizados ou com asplenia funcional (anemias hemolíticas, linfomas e outras) e portadores de doenças cardíacas e/ou respiratórias.[22]

Em relação a medidas de prevenção e controle relacionadas à *influenza*, hábitos de higiene, aliados à imunização, constituem a principal estratégia utilizada, sendo recomendada aos profissionais da área da saúde que atuam em assistência individual de casos de infecção respiratória e de trabalhadores de casas de apoio aos idosos e em centros de educação, como maneira de reduzir a transmissão em comunidades fechadas de grupos mais vulneráveis à infecção.[27]

A vacina contra febre amarela, que confere imunidade por dez anos, encontra-se no esquema vacinal da população em geral (incluindo os profissionais da área da saúde), na *legislação brasileira* para aqueles que viajarão para áreas endêmicas (Estados: Amapá, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso de Sul, Rondônia, Acre, Roraima, Amazonas, Pará, Goiás e Distrito Federal), áreas de transição (alguns municípios dos Estados: Piauí, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e áreas de risco potencial (alguns municípios dos Estados: Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais). Em viagem para essas áreas, o recomendado é que a vacina seja feita dez dias antes da viagem ou a cada dez anos por toda a vida.[17,19,20]

Dentre os agentes imunopreveníveis de maior importância quanto ao risco ocupacional para os profissionais da área da saúde estão os vírus das hepatites A e B e o agente causador da tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis*. As vacinas contra estes patógenos fortemente recomendadas.

Quanto à vacinação contra o vírus da hepatite A, estudo com objetivo de verificar níveis de soroproteção contra esta doença, foram encontrados, pelo método *Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay* (ELISA) modificado, níveis de anticorpos contra vírus da hepatite A em 88% a 99% dos vacinados quinze dias após a primeira dose da vacina e em 100% deles trinta dias após a segunda dose.[28] Essa proteção conferida pela vacina dura em torno de vinte anos e é recomendada pelos CDC aos profissionais da área da saúde.[16] O PNI faz essa recomendação em condições especiais, indicando-a apenas para pessoas com hepatopatia crônica e/ou suscetíveis a essa patologia.[20]

Publicação do Mato Grosso do Sul apresenta os casos de hepatite A confirmados no Brasil entre os anos de 1997 a outubro de 2006, de acordo com as grandes regiões e unidades federativas, dentre as quais se destacam a região Norte, com um total de 25.731; região Nordeste, com 41.838, região Sudeste, com 24.553; região Sul, com 33.990, e região Centro-Oeste, com 16.745 casos.[20]

De acordo com indicações para uso dos imunobiológicos especiais nos CRIEs, a vacina contra hepatite A não é recomendada, por isso não é fornecida gratuitamente aos profissionais da área da saúde. A rotina de administração dessa vacina para esses profissionais também não é recomendada nem por organismos nacionais nem internacionais. Ressalte-se que essa medida pode ser útil especificamente para aqueles trabalhadores que atuam em áreas onde o vírus da hepatite A tem alta endemicidade e para os que têm a possibilidade de contato com o vírus em laboratório.[22] Já a SBIm recomenda essa vacina, combinada à vacina contra o vírus da hepatite B, para todos os profissionais da área da saúde.[19]

Já a vacinação contra o vírus da hepatite B é altamente recomendada aos profissionais da área da saúde por todos os órgãos ligados, direta e indiretamente, às práticas de imunização, por ser considerada a principal medida de prevenção contra a hepatite B ocupacional, devendo ser realizada antes da admissão do profissional (ou estudante, estagiário) nos serviços de saúde. É uma vacina extremamente eficaz (90% a 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes) e segura.[29,30]

Segundo dados dos CDC, a distribuição geográfica de infecções da hepatite B é universal, distribuída em regiões que variam de alta, média ou baixa prevalência. Essa doença vem encontrando condições favoráveis para a sua propagação, pois apresenta diferenças importantes em sua incidência e mecanismos de transmissão, em razão das condições socioeconômicas, sanitárias e culturais das diferentes regiões geográficas.

Embora a imunização dos profissionais da área da saúde contra hepatite B seja preconizada pelos CDCs[15] e pelo MS do Brasil[3] e essa vacina esteja disponível gratuitamente para esses profissionais, eles ainda apresentam resistência em aderir a tal medida de prevenção ou, quando o fazem, não completam o esquema preconizado, que prevê três doses nos intervalos de zero, um e seis meses.[3] Além da adesão à vacina, fato considerado relevante nesse contexto é a resposta vacinal.

A prevalência da vacinação completa entre profissionais da área da saúde contra a hepatite B em um estudo[31] foi de 64,6% e apenas 29,8% dos trabalhadores indicaram saber que estavam imunizados após a realização de exame sorológico para confirmação da imunidade.

Aproximadamente 10% a 20% dos indivíduos vacinados não alcançam os títulos protetores de anticorpos.[30] Para os profissionais da área da saúde, o MS recomenda a realização de teste sorológico anti-HBs, para confirmação da resposta vacinal, um mês após completar as três doses da vacina contra o vírus da hepatite B.[32] A vacina induz títulos protetores >10mUI/ml em mais de 90% dos receptores adultos sadios e em mais de 95% dos lactentes, crianças e adolescentes de até 19 anos de idade.[3] Apesar de indicado, o anti-HBs não está disponível gratuitamente na rede de saúde pública para os profissionais.

Aos indivíduos não respondedores ao primeiro esquema de três doses da vacina contra o vírus da hepatite B é indicada a realização de um esquema adicional de três doses. Cerca de 60% deles respondem. Não havendo resposta à segunda série, sugere-se a investigação de infecção crônica por esse vírus, e, descartando essa possibilidade, o profissional deve ser considerado susceptível a infecção.[29,30]

A tuberculose merece lugar de destaque, já que, segundo a OMS, cerca de 2 bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo de *Koch*. Contra a tuberculose, é indicada a vacina *Bacilo Calmette Guérin* (BCG), que apresenta eficácia de 70% contra as formas graves de tuberculose.[32] Essa vacina é disponibilizada gratuitamente no PNI e recomendada para todos os profissionais da área da saúde que sejam negativos à prova tuberculínica, já que possuem o risco de estarem possivelmente expostos a pacientes infectados.[32] São utilizados como parâmetros resultados de *purified protein derivative* (PPD) não reatores (PPD com nódulo menor que 5 mm) e os reatores fracos (PPD entre 5 e 9 mm).

O MS, no Brasil, por meio de uma publicação de 2002, recomenda a aplicação da vacina BCG, dentre outros casos, em profissionais da área da saúde não reatores.[33] Entretanto de acordo com o *Segundo Consenso Brasileiro de Tuberculose*, que vigora no País, não existe justificativa científica para a recomendação da vacina BCG a esses profissionais.[34]

A vacina BCG não é utilizada em vacinação de rotina nos Estados Unidos e Holanda, mas está disponível aos grupos de alto risco, como profissionais da área da saúde em áreas endêmicas, crianças expostas a TB multirresistente ou moradores sem teto.[35] A maioria dos países no mundo, entretanto, recomenda uma dose única de BCG ao nascer, conforme recomendação da OMS, pois considera ausência de evidências que sustentem a utilização de doses adicionais.[36] No Brasil, estudo apontou que, apesar de efeito protetor satisfatório da primeira dose aplicada no período neonatal, o efeito foi de 39% em adolescentes entre 15 e 20 anos, apontando a permanência do efeito da primeira dose durante duas décadas.[37]

Para finalizar, vale ressaltar a vacinação contra varicela, que se apresenta como um imunobiológico especial dos CRIEs e que é recomendada, dentre outros casos, para os profissionais da área da saúde, pessoas e familiares suscetíveis à doença e imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou em instituições de saúde com pacientes imunocompetentes; mas um fator contraditório é que ela não se encontra no esquema vacinal recomendado para os trabalhadores dessa área em documentos oficiais emitidos pelo MS no Brasil.

Vários são os documentos e normas voltadas para o tema de imunização. Tanto na esfera nacional como na mundial, os documentos são muitos e, às vezes, não fica claro quem se responsabiliza pela vacinação. Quando o tema principal envolve a saúde do trabalhador, observa-se falta de consenso e maior divulgação para e entre os próprios profissionais da área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de vacinação vem, ao longo dos anos, evoluindo e se evidenciando como um fenômeno que dever ter um olhar diferenciado para populações específicas, as quais desenvolvem ações consideradas de risco para o aparecimento de doenças passíveis de prevenção por imunização. Destacam-se, aqui, aqueles que prestam assistência a quem está carente de saúde e que devem, primeiramente, cuidar da própria saúde.

Percebe-se que vários são os documentos com recomendações sobre vacinação dos profissionais da área da saúde e muitas foram as atualizações, ocorridas ao longo dos anos, voltadas para esse grupo específico.

Sabendo das recomendações vigentes no País, embasadas em estudos nacionais e internacionais, resta apenas que elas cheguem até gestores do sistema de saúde, para que sejam disponibilizadas aos profissionais, aos gerentes de estabelecimentos de saúde, de ensino em saúde e, mesmo, aos profissionais, que, tendo maior clareza dos riscos e direitos existentes, poderão refletir com fundamentação sobre sua proteção, que, neste caso, deveria ter início com a imunização, ainda durante a formação, nas instituições de ensino.

Não há dúvidas sobre o risco aos quais estão expostos os profissionais da área da saúde e não faltam evidências das vantagens proporcionadas pela vacinação desse grupo. Portanto, o que há de se fazer para que todos

sejam vacinados e estejam com o esquema vacinal completo e testes sorológicos realizados? Campanhas são constantemente elaboradas e implementadas, especialmente para a população em geral, mas enfatizamos, aqui, a necessidade do enfoque primeiro na disseminação do conhecimento atualizado e de acordo com cada realidade, para termos como consequência a adesão daqueles que têm em sua rotina diária riscos evidentes e em suas profissões, uma atitude de promover, proteger e recuperar a saúde de outros. Cuidando da saúde dos profissionais cuidamos também da saúde do País.

REFERÊNCIAS

1. Alves VM, Sampaio FAA, Veloso TMC, Lopes MVO. A base de dados Scielo como fonte para pesquisas sobre o tema vacinação. Rev Rene. 2006, 7(01):61-9.

2. Asociación Española de Pediatría. Manual de vacunas en pediatría. Madrid: Asociación Americana de Infectología, Asociación Española de Pediatria, SLIPE; 1999.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. Brasília: MS; 2001.

4. Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermage, Universidade de São Paulo; 2001. 183 p.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização: 30 anos. 2003. [Citado 2009 abr. 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf

6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e da outras providências. Senado Federal. Subsecretária de Informações. Brasília: MS; 1975.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 78231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Senado Federal. Subsecretária de Informações. Brasília: MS; 1976.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 597/GM de 8 de abril de 2004. Institui em todo o território nacional os calendários de vacinação. DOU. Brasília: MS; 2004.

9. Santos SLV, Souza ACS, Tipple AFV, Souza JT. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. Rev Eletrônica Enferm. [internet] 2006 [Citado 2009 jun. 02];8(1):91-8. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_12.htm

10. Pinto AECM, Rodrigues SJA, Generoso RC. Campanha de imunização contra hepatite B em escolares do município de Vespasiano – Minas Gerais. REME Rev Min Enferm. 2006; 10(2):187-90.

11. Baldy JLS. Imunização de profissionais da área da saúde e de pacientes. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB. Infecções Hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 367-72.

12. Melo DS. Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; 2005. 192 p.

13. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.

14. Pinheiro J, Zeitoune RCG. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(2):258-64.

15. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended adult immunization Schedule. United States, 2009. MMWR Recomm Rep; 57(53). [Cited 2009 July 01]. Available: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5753a6.htm?s_cid=mm5753a6_e

16. Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of Health-Care Workers: Recommendations of the Advisory Commitee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Commitee (HICPAC). MMWR Recomm Rep. 1997; 46(RR-18):1-42.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.602, de 17.07. 2006. Institui em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso. Brasília: MS; 2006.

18. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº485/GM. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. DOU, Brasília. 2005; 131(94):6.

19. Sociedade Brasileira de Imunização. SBIM. [Citado 2009 maio 20]. Disponível em: http://www.sbim.org.br/sbim_calendarios2008_ocupacional.pdf

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitária: guia de bolso. 4ª ed. Brasília: MS; 2004. 332 p.

21. Kretsinger K, Broder KR, Cortese MM, Joyce MP, Ortega-Sanchez I, Lee GM, et al. Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adults: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and recommendation of ACIP, supported by the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), for use of Tdap among health-care personnel. MMWR Recomm Rep. 2006; 55 (RR-17):1-37.

22. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deithman SD. Guideline for infection control in healthcare personnel. Infect Control Hosp Epidemiol. 1998; 19(6):410-63.

23. Broder KR, Cortese MM, Iskander JK, Kretsinger K, Slade BA, Brown KH, et al. Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adolescents: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccines recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2006; 55:1-34.

24. Bricks LF. Avances recientes en inmunización. Cad Saúde Pública. 2009; 25(01):229-31.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário de vacinação do adulto e idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Citado 2009 maio 25]. Disponível: http://www..saude.gov.br/svs

26. Asari S, Deguchi M, Tahara K, Taniike M, Toyokawa M, Nishi I, et al. Seroprevalence survey of measles, rubella, varicella, and mumps antibodies in healthcare workers and evalution of a vaccination program in a tertiary care hospital in Japan. Am J Infect Control. 2003; 31(03):157-62.

27. Fiore AE, Uyeki TM, Broder K, Finelli L, Euler GL, Singleton JA, et al. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008; 57(Early Release):1-60. [Citado 2009 jun. 02]. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr57e717a1.htm

28. Pickering LK, editor. 2003 red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatite B e C. Brasília; 2004. [Citado 2009 jun. 02]. Disponível em: http://www.saude.gov.br

30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the managemente of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recomendations for postexposure prophylaxis. MMWR CDC Surveill Summ. 2001; 50 (RR-11):1-42.

31. Garcia LP, Facchini LA. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24(5):1130-40.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5ª ed. Brasília: MS; 2002. p. 495.

33. Brasil. Tuberculose. Guia de Vigilância Epidemiológica, FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

34. Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos ACM, Ruffino Netto A, Guimarães CA, et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para Tuberculose 2004. J Bras Pneumol. 2004; 30(Supl 1):S57-S86.

35. Pereira SM, Dantas OMS, Ximenes RB, Mauricio L. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. Rev Saúde Pública. 2007; 41(Suppl 01):59-66.

36. World Health Organization. Global tuberculosis programme and global programme on vaccines. Statement on BCG revacination for the prevention of tuberculosis. Wkly Epidemiol Rec. 1995; 70:229-31.

37. Barreto MB, Cunha SS, Pereira SM, Genser B, Hijjar MA, Ichihara MY, et al. Neonatal protects children and young adults against all forms of tuberculosis in Brazil. Int J Tuberc Lung Dis. 2005; 10:1171-3.

Data de submissão: 15/12//2009
Data de aprovação: 12/7/2010

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) Páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: – introdução;
– desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
– conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" – Medline/Pubmed, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <http://www.ibict.br.>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/reme)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
(Versão de setembro de 2007)

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. Indication of paper category: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; Resumo e palavras-chave; Abstract and key-words; Resumen e palavras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at http://decs.bvs.br/ .

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:
• Introduction;
• Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
• Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
Spanish: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <http://www.ibict.br.>

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspon¬dence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that recived financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsability Agreement and Copyright Transfer Agreement

and also a statement informing that there are no persnonal, comercial, academic, political or financial

interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:
ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876 – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 104
E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consul¬tores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especilistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; Autor(es)- nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; Indicación de la categoría del artículo: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; Resumen y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: http://decs.bvs.br/.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

b) Texto: – introducción;
• desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comen¬tarios);
• conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
En español: http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm
En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con numero arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del articulo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Ins¬tituto Brasileño de Información en Ciencia y Tocología, disponible en: <http://www.ibict.br.>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE , 3ª ed. , 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un titulo e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte
CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax **55 (31) 3409-9876
Correo electrónico: reme@enf.ufmg.br

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

Nome / *Name / Nombre* **ou Instituição assinante:** _____

Endereço / *Adress / Dirección:* _____

_____

Cidade / *City / Ciudad:* _____ País / *Country / Pais:* _____

UF / *State / Provincia:* _____ **CEP** / *Zip Code / Código Postal:* _____

Tel. / *Phone / Tel.:* _____ **fax:** _____ **Celular** / *Cell Phone / Cellular:* _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / *Occupation / Profesión:* _____

Data / *Date / Fecha:* _____/_____/_____

Assinatura / *Signature / Firma:* _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)
Send your subscription to:
Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / *Branch Number / Sucursal Número: 1615-2*

Conta / *Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1*

Código identificador/ *Identification code/ Clave de identificación: 4828011*

Valores Anuais:
Individual: R$100,00 ( ) US$80,00 ( )
Institucional: R$150,00 ( ) US$100,00 ( )

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
REME – Revista Mineira de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte
Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefax/Fax: +55 (31) 3409-9876
Home page: www.enf.ufmg.br/reme.php